

DE

# L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

PROVOQUÉ

---

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 18 JUIN 1887

PAR

**Paul GARCIN**

Né à Aix (Bouches-du-Rhône)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

---

MONTPELLIER  
CABIROUFRÈRES & C<sup>IE</sup>

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

Des Grands Annuaire du Midi (fondés en 1818)

19, Cours Gambetta, 19

—  
1887



# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... DOYEN  
GRASSET..... ASSESSEUR

## PROFESSEURS

|                                                                   |                 |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <i>Clinique médicale</i>                                          | COMBAL (✱ ✕).   |
| <i>Clinique des maladies mentales et nerveuses</i>                | CAVALIER (✱).   |
| <i>Physique médicale</i>                                          | MOITESSIER (✱). |
| <i>Médecine légale et Toxicologie</i>                             | JAUMES.         |
| <i>Clinique chirurgicale</i>                                      | DUBRUEIL (✱).   |
| <i>Chimie médicale et Pharmacie</i>                               | ENGEL           |
| <i>Hygiène</i>                                                    | BERTIN-SANS.    |
| <i>Pathologie interne</i>                                         | CASTAN.         |
| <i>Clinique médicale</i>                                          | GRASSET.        |
| <i>Botanique et Histoire naturelle médicale</i>                   | PLANCHON (✱ ✕). |
| <i>Physiologie</i>                                                | LANNEGRACE.     |
| <i>Clinique obstétricale et Gynécologie</i>                       | L. DUMAS.       |
| <i>Clinique chirurgicale</i>                                      | TEDENAT.        |
| <i>Opérations et Appareils</i>                                    | GRYNFELT.       |
| <i>Pathologie externe</i>                                         | CHALOT.         |
| <i>Anatomie pathologique et Histologie</i>                        | KIENER          |
| <i>Anatomie (Chargé du Cours)</i>                                 | BIMAR.          |
| <i>Thérapeutique et Matière médicale (Chargé du Cours)</i>        | MOSSÉ (✱).      |
| <i>Clinique des maladies mentales et nerveuses (Ch. de Cours)</i> | MAIRET          |

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✱ ✕).

Professeurs honoraires : MM. MARTINS (O. ✱), DUPRÉ (✱ C. ✕).

## CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

|                                                  |              |
|--------------------------------------------------|--------------|
| <i>Clinique des maladies des enfants</i>         | MM. BATLLE.  |
| <i>Clinique des maladies syphilit. et cutan.</i> | GAYRAUD.     |
| <i>Clinique des maladies des vieillards.</i>     | HAMELIN (✱). |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| MESSIEURS      | MESSIEURS |
|----------------|-----------|
| CARRIEU.       | VILLE     |
| MAIRET.        | GRANEL.   |
| BIMAR.         | FORGUE.   |
| MOSSE (✱).     | TRUC.     |
| REGIMBEAU (✱). | GERBAUD.  |
| BLAISE         | GILIS.    |
| BAUMEL.        | MALOSSE.  |

M. H. GOT, *Secrétaire.*

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

|           |                   |
|-----------|-------------------|
| MM. DUMAS | <i>Président.</i> |
| GRYNFELT  | <i>Professeur</i> |
| GAYRAUD   | } <i>Agrégés.</i> |
| GERBAUD   |                   |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



**A la mémoire de mon grand-père ICARD**

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

**A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE**

**A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE**

**A MON EXCELLENT FRÈRE**

**M. Sextius GARCIN**

AVOCAT A LA COUR D'APPEL D'AIX

**A MON CHER ONCLE**

**M. Casimir GARCIN**

MÉDECIN A PARIS

**A MON ONCLE ET PARRAIN**

**M. le docteur S. BAUME**

**A MES PARENTS**

P. GARCIN.



***A M. le professeur L. DUMAS***

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE  
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

***A M. le docteur P. SILBERT***

MÉDECIN EN CHEF HONORAIRE DES HÔPITAUX D'AIX

***A MM. les Chirurgiens en chef***

DES HÔPITAUX D'AIX

***A MM. les Médecins en chef***

DES HÔPITAUX D'AIX

P. GARCIN.



A MON AMI

**Le docteur Georges TAULIER**

MÉDECIN EN CHEF DES HOPITAUX D'AVIGNON  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES AMIS

P. GARCIN.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ.

22



## INTRODUCTION

*L'accouchement prématuré provoqué* est défini par Cazeaux (1) : « Un accouchement provoqué par l'art avant le terme de la grossesse, mais à une époque où le fœtus est déjà viable. »

« Il a pour but », dit M. le professeur L. Dumas (2), « dans certains cas particuliers et bien déterminés, ou bien de délivrer la femme d'une grossesse qui menace sa vie, ou bien de soustraire le fœtus à certaines influences que l'on sait devoir entraîner fatalement sa mort ; mais, sans que l'intérêt de l'un entraîne aucune mesure capable de léser les intérêts de l'autre. »

Comme on le voit par cette double définition, l'accouchement prématuré provoqué diffère à la fois de l'accouchement forcé et de l'avortement provoqué. Ses caractères essentiels sont les suivants :

1° Expulsion du fœtus à une époque où celui-ci est apte à jouir de la vie extérieure ;

2° Mise en jeu, pour cette expulsion artificielle, des seules ressources de la nature, de simples moyens physiologiques.

Dans *l'accouchement forcé*, autre variété d'accouchement artificiel exigeant la garantie de viabilité du fœtus,

(1) Cazeaux. Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 10<sup>e</sup> éd., revue par Tarnier, 1883, p. 1043.

(2) L. Dumas. Compte-rendu de la clinique obstétricale de Montpellier, Montpellier médical, 1880, t. XLIV, p. 68.

on extrait rapidement celui-ci du sein de sa mère, au lieu de *provoquer* son expulsion ; on ne recherche pas la mise en jeu régulière et progressive des contractions utérines ; l'art se substitue entièrement à la nature. Cette méthode, qui remonte à Louise Bourgeois et Guillemeau, consiste, on le sait, à pratiquer la dilatation forcée du col, introduire la main dans l'utérus et extraire le fœtus par la version podalique. Ritgen (1) a bien fait ressortir la différence qui existe entre les deux procédés : « Dans l'accouchement provoqué, la nature fait presque tout ; l'art ne lui communique qu'une impulsion légère, mais sûre ; tandis que dans l'accouchement forcé, l'art agit presque seul, et, tout ce que la nature cède, il faut le lui arracher par de nouveaux efforts. »

Quant à l'*avortement provoqué*, qui consiste à déterminer artificiellement l'expulsion du produit à une époque où il n'est pas viable, il a pu à juste titre être appelé « une thérapeutique de désespoir ». Dans cette opération, dont les indications sont si délicates à établir, et dont la légitimité a donné naissance à de si vives controverses, l'homme de l'art se préoccupe uniquement de l'intérêt de la mère, et sacrifie impitoyablement au salut de celle-ci un enfant dont la vitalité, quoique souvent compromise, ne peut résister à l'intervention mise en usage.

L'accouchement prématuré provoqué, au contraire, ne sacrifie aucun des deux êtres ; il répond à toutes les sollicitudes, et réalise, dans les cas heureux du moins, l'idéal invoqué par Levret : « L'excellence de l'art de l'accoucheur consiste à sauver deux individus à la fois » ; c'est donc la meilleure de toutes les opérations obstétricales.

(1) Ritgen. Die Anzeigen der mechanischen Hülfen bei Entbindungen ; Giessen, 1820, S. 342.

Depuis que l'accouchement prématuré provoqué a pris en quelque sorte droit de cité en obstétrique, certaines opérations redoutables ont vu restreindre, dans des proportions notables, le domaine de leurs applications. La symphyséotomie, si tristement en honneur dans les temps anciens, est aujourd'hui presque abandonnée; la craniotomie, l'embryotomie, ont désormais des indications limitées. L'opération césarienne enfin n'est plus l'aboutissant forcé des cas dans lesquels l'accouchement à terme, spontané ou artificiel, est impossible par les voies naturelles. Cette opération (1), dont on a pu dire que, « si ellè compte les succès par centaines, elle compte aussi les revers par milliers », constitue encore aujourd'hui une intervention redoutable. Malgré les perfectionnements de l'art chirurgical et les ressources immenses de l'antisepsie, elle ne doit jamais être une opération de choix.

L'observation attentive et suivie d'un cas d'accouchement prématuré provoqué, réalisé dans le service de M. le professeur L. Dumas, nous a donné l'idée de résumer cette intéressante question, qui reçoit à tout moment des applications nouvelles. Chaque jour, les indications d'une intervention semblable s'affirment ou se multiplient, et il peut être utile de réunir de temps en temps en un tout les divers éléments éparpillés dans les auteurs. Tel est notre but dans ce travail.

Dans un premier chapitre, nous résumerons l'histoire du sujet et ferons ressortir les difficultés qu'une méthode aussi avantageuse a éprouvées pour s'implanter dans notre pays.

Un second chapitre sera consacré à l'étude des indications de l'accouchement prématuré provoqué; nous y insisterons surtout sur les points qui ont été mis en lumière

(1) Pajot. Travaux d'obstétrique et de gynécologie, 1872, p. 514.

#### XIV

dans ces dernières années, et passerons plus rapidement sur les données acquises de longue date.

Le troisième chapitre traitera des divers modes d'intervention qui ont été proposés ; l'étude des procédés opératoires y sera faite avec quelque détail. Nous donnerons dans ce chapitre quelques observations émanant de la clinique obstétricale.

Enfin, dans un quatrième et dernier chapitre, nous exposerons brièvement les considérations auxquelles peut donner lieu l'accouchement prématuré provoqué au point de vue médico-légal.

M. le professeur L. Dumas a bien voulu nous autoriser à publier des observations recueillies dans son service, et à faire usage de matériaux puisés dans ses récentes leçons cliniques, encore inédites ; nous le prions d'agréer l'hommage de notre reconnaissance.

---

DE

# L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ

---

## CHAPITRE PREMIER

### HISTORIQUE

Les origines de l'accouchement prématuré provoqué et les idées qui ont présidé à la conception de cette manœuvre, sont difficiles à préciser. Certainement, on a vu de tout temps des femmes accoucher spontanément avant terme, et les produits issus de ces grossesses prématurément interrompues vivre, sans éprouver de dommage, d'une existence anticipée. L'idée d'imiter la nature et de provoquer artificiellement le travail est-elle née de cette constatation ?

L'avortement provoqué lui-même, dont l'histoire est bien connue, a pu conduire les accoucheurs à désirer un moyen moins préjudiciable au fœtus, moins lamentable dans ses résultats. Or, l'avortement provoqué est d'origine bien ancienne: Hippocrate, qui, dans le *de Jurejurando*, interdit sur la foi du serment l'avortement criminel, donne, dans son *de Natura pueri*, l'observation d'un avortement qu'il provoqua chez une

cantatrice dont la grossesse ne pouvait être menée à bonne fin ; Aspasia, citée par Aétius, conseillait l'avortement provoqué quand le bassin était tellement rétréci qu'il ne pouvait donner passage à un fœtus à terme.

Quoi qu'il en soit de l'idée mère à laquelle on puisse rapporter la notion de l'accouchement prématuré artificiellement provoqué, il est probable que sa réalisation a eu lieu pour la première fois en Angleterre. Certains auteurs l'attribuent à Maria Dunally, qui, frappée d'avoir vu une femme accoucher avant terme d'un enfant vivant, après plusieurs accouchements difficiles à terme, aurait conseillé, en 1738, de provoquer prématurément la rupture des membranes dans les cas analogues.

D'après Denman (1), et cette version est adoptée par la majorité des auteurs, les praticiens les plus éminents de Londres se réunirent, en 1756, pour décider si une manœuvre qui aurait pour but la délivrance prématurée d'une femme dans des cas déterminés, était une « pratique avantageuse et approuvée par la morale ». La réponse des accoucheurs fut favorable, et, l'année suivante, Macaulay, le premier, accoucha avant terme la femme d'un marchand de Londres. Cette pratique entra bien vite dans les mœurs en Angleterre, et tous les accoucheurs de l'époque en rapportent quelques cas personnels : Hull, Kelly, Barlow, Headly, Ramsbotham, Merriman, Campbell, Burns, Marshall, etc.

En Allemagne, ce fut May (2) (de Heidelberg) qui, en 1799, proposa d'adopter la manœuvre anglaise et de l'appliquer dans un grand nombre des cas où elle est aujourd'hui admise.

(1) Denman. Introduction à la pratique des accouchements, traduit de l'anglais par Kluyskens, Gand, 1802.

(2) May. Mémoire : de Necessitate partus quandoque præmature vel solo manu vel instrumentorum adjutario promovendi, 1799.

Osiander (1), en 1802, jette le discrédit sur l'accouchement prématuré provoqué, qu'il refuse d'admettre dans les cas de rétrécissement du bassin, et qui, à son dire, peut seulement être opposé aux hémorrhagies trop menaçantes. Wenzel (2) l'exécute, le premier, sur le continent, et justifie l'opération dans son *Traité d'accouchements*, qui parut en 1818. Weidmann (3) fit l'éloge du procédé dans son livre, en 1808. Siebold (4), en 1821, se contente de le signaler. Froriep (5), d'abord opposé à l'accouchement prématuré, l'admet dans les dernières éditions de son ouvrage. Reisinger (6) fait une monographie fort complète de la question, et se montre favorable à la provocation de l'accouchement. Ritgen (7) en établit les indications et contre-indications. Kluge (8), de Berlin, décrit un procédé particulier, et publie douze observations suivies de résultats heureux dans des cas de bassins rétrécis. Meissner (9), de Leipzig, publie, en 1841, un mémoire sur la manière la plus avantageuse et la plus sûre de faire l'accouchement prématuré artificiel (perforation des membranes). En 1842, Schoeller (10) propose le tamponnement vaginal et établit les avantages de son pro-

(1) Osiander. Handbuch der Entbindungskunst, 1802; Tübingen, 1820, B. II, abth. 2, S. 401.

(2) Wenzel. Allgemeine gebursthülliche Betrachtungen, ünd über die künstliche Frühgeburt, Mainz, 1818.

(3) Weidmann. Entwurf der Geburtshülfe, Mainz, 1808.

(4) Siebold. Lehrbuch der theoretisch-prakt. Entbindungskunde; Nürnberg, 1821, S. 423.

(5) Froriep. Theoret. prakt. Handbuch der Geburtshülfe; Weimar, 1818, S. 473.

(6) Reisinger. Die künstliche Frühgeburt als ein wichtiges Mittel in der Entbindungskunst, etc. Augsburg und Leipzig.

(7) Ritgen. Loc. cit., p. 342.

(8) Kluge. Beobachtungen und Bemerkungen aus der Geburtshülfe, von Mende, B. III, 1826, S. 26-30.

(9) Meissner, 1841. Inséré dans la Gazette médicale de Paris, 1841.

(10) Schoeller. Die künstliche Frühgeburt, bewirkt durch den Tampon, Berlin, 1842.

cédé. Depuis lors, d'innombrables ouvrages ont été publiés sur la matière, et tous les accoucheurs d'Allemagne ont admis la légitimité de la méthode : Nægelé, Salomon (de Leyde), Wellenberg, Schow, Braun, Kiwish, Schröder, etc. Boër seul considère l'accouchement prématuré provoqué comme une méthode dangereuse et souvent mortelle.

En Italie, Lovati essaya le premier la méthode, et publia six observations, dans lesquelles six fois le résultat avait été heureux pour la mère ; cinq fois le fœtus avait pu être sauvé. Ferrario (1), en 1830, fit paraître un traité dans lequel sont résumées les observations de son maître Lovati, jointes à des faits personnels. Plus tard, Cisinelli (de Pavie), Bili (de Milan), Bengiovanni et Masnata ont consigné dans divers recueils la statistique des faits italiens.

La France, si disposée d'habitude à bien accueillir tout ce qui vient du dehors, se montra cette fois longtemps réfractaire à faire sienne la méthode de ses voisins. Et pourtant c'est en France que l'accouchement forcé avait rencontré le plus de faveur ; déjà, en 1642, Louise Bourgeois conseillait cette manœuvre dans les hémorrhagies graves ; Guillemeau la pratiqua sur la fille d'Ambroise Paré ; Mauriceau, Delamotte, Levret, s'en montrèrent partisans.

En 1759, Puzos proposa une méthode intermédiaire entre l'accouchement forcé et l'accouchement prématuré provoqué, dans les cas d'hémorrhagies graves. « Il faut, disait-il, introduire un ou plusieurs doigts dans l'orifice, avec lesquels on travaille à l'écarter par des degrés de force proportionnés à sa résistance. Tel écartement, interrompu de temps en temps par des repos, fait naître des douleurs ; il met la matrice en action, et l'un et l'autre font gonfler les membranes qui soutiennent les eaux de l'enfant ; l'attention doit être, pour lors, d'ouvrir les membranes le plus tôt qu'on peut. »

(1) Ferrario. *Annali universali di Medicina*, 1830.

Roussel de Vauzesme (1) conseilla le premier, en 1778, l'accouchement prématuré provoqué proprement dit, au septième ou huitième mois, « lorsqu'on a des signes assurés que l'accouchement ne pourra pas avoir lieu à terme » ; il admettait l'opération dans les cas où l'un des diamètres antéro-postérieurs aurait moins de 3 pouces  $1/2$  (9 cent. 45). Mais, effrayé lui-même de sa témérité, il n'osa assumer la responsabilité de ce conseil, et déclara l'avoir puisé dans un autre auteur, Levacher de la Feutrie.

Quoi qu'il en soit des restrictions de Roussel, le conseil était donné, et Lauverjat lui accordait bientôt après l'appui de son nom autorisé. Mais, en 1781, une opposition violente commença à se manifester, et Baudelocque (2) en fut le promoteur. L'auteur de l'*Art des accouchements* s'éleva avec énergie contre une méthode qui n'avait pas encore subi la sanction de l'expérience clinique. L'opération ne lui paraissait légitime que dans les cas d'hémorrhagies abondantes : « C'est un devoir dans ces circonstances, disait-il ; c'est un crime dans d'autres. » On trouve dans son livre une série de différences qu'il établit, au point de vue des conséquences cliniques, entre l'accouchement prématuré naturel et celui que l'art réalise ; enfin, il ne fait aucune distinction entre la méthode qui nous occupe et l'accouchement forcé.

Les disciples de Baudelocque restèrent fidèles aux enseignements du Maître, et perpétuèrent sa doctrine. Gardien, Capuron, M<sup>me</sup> Lachapelle, Boivin et Dugès condamnèrent dans leurs écrits une manœuvre encore vierge d'application. Velpeau lui-même, qui admettait comme légitime la provocation de l'avortement, refusait son approbation à celle de l'accouchement prématuré.

(1) Roussel de Vauzesme. De sectione symphyseos ossium pubis, Lutetix Parisiorum, 1778, p. 61.

(2) Baudelocque. L'Art des accouchements, 1<sup>re</sup> édit., 1781 ; 6<sup>me</sup> édit., 1822, t. II, p. 288.

En 1827, l'Académie donna une sanction officielle à cette opposition systématique, qui, depuis 1781, ne s'était pas démentie. Un médecin, Costa, ayant vu une femme atteinte d'anévrysme de l'aorte et menacée d'asphyxie, accoucher prématurément avec grand bénéfice pour elle et pour l'enfant, demanda à l'Académie si, dans des cas de cette nature, il ne serait pas légitime de provoquer l'accouchement avant terme. Une commission académique qui ne comprenait qu'un accoucheur, Désormeaux, et se composait en outre d'Orfila, Adelon, Marc, Kergaradec, qualifia la question d'«inconvenante», et répondit qu'il n'existait aucun cas, ni de rétrécissement du bassin, ni de convulsions, ni même d'implantation du placenta sur le col, qui pût, dans l'état actuel de la science, autoriser la provocation d'un accouchement avant terme; qu'elle était immorale; que d'ailleurs, on ne pouvait savoir quand le fœtus était viable, et que cette sorte d'accouchement était toujours fatale à la mère et à l'enfant.

Telle était la tendance générale en France à la fin du siècle dernier et dans le premier tiers de ce siècle. Il se trouva pourtant, même à cette époque, des hommes qui osèrent réagir contre l'ostracisme immérité dont on frappait l'accouchement artificiel, et rompre, dans leurs cours et leurs écrits, avec les préjugés qui régnaient en haut lieu. Parmi eux, nous devons particulièrement signaler Fodéré et Stoltz.

Fodéré (de Strasbourg) (1), le premier médecin légiste de France, prit en main, en 1813, la défense de l'accouchement prématuré provoqué; il l'admettait et le justifiait dans tous les cas où, dans les derniers mois de la gestation, la femme courait un grave danger du fait même de sa grossesse; par exemple, dans les cas de bassin rétréci, d'hémorrhagie, de convulsion.

(1) Fodéré. Journal de la Société des sciences, arts et agriculture du Bas-Rhin, n° II, p. 453.

Stoltz (de Strasbourg) soutint dans ses cours les mêmes idées que Fodéré, et, depuis 1830, ne cessa de préconiser l'accouchement prématuré provoqué et de préciser ses indications.

L'École de Strasbourg devait avoir l'honneur d'inaugurer en France, à côté du principe, la réalisation de la méthode. En 1831, Stoltz provoqua avec succès, au cent trentième jour, l'accouchement prématuré chez une femme que, dans deux grossesses successives, Flamand et Lobstein avaient dû délivrer par la craniotomie ; le doigt arrivait sur le promontoire. La femme mourut huit mois après de phtisie. Stoltz présenta son bassin à l'Académie, et Dubois, nommé rapporteur, se montra favorable à l'intervention.

L'année suivante, en 1832, Dézeimeris, dans le *Dictionnaire en 30 volumes*, admit l'accouchement prématuré artificiel dans les cas de rétrécissement du bassin ; il ne craignit pas de reproduire les conclusions enthousiastes de la thèse de Burckhardt. La réaction commençait.

En 1834, P. Dubois (2), dans sa thèse de concours pour le professorat, se montra partisan de la provocation de l'accouchement : « Cette manœuvre, dit-il, est aussi licite que l'emploi du forceps et du craniotome. » En 1840, il présenta à l'Académie l'observation d'une naine chez laquelle il avait pratiqué l'opération avec succès. Il fut à cette occasion violemment combattu par Capuron.

Velpeau, en 1835, suivit le courant ; il adopta et réalisa le principe de l'accouchement prématuré provoqué, avec un tel enthousiasme qu'il s'attribua la priorité de l'application de la méthode en France. Stoltz lui refusa, à bon droit, cette satisfaction : à l'École de Strasbourg revient l'honneur d'avoir la

(2) Dubois. Dans les différents cas d'étroitesse du bassin, que convient-il de faire ? Thèse de concours, 1834.

première légitimé et appliqué le mode d'intervention qui nous occupe.

Nous sommes loin de l'époque où l'Académie traitait d'inconvenante la proposition de Costa. Depuis l'impulsion donnée à la science dans le sens de l'accouchement prématuré provoqué par Fodéré et Stoltz, de nombreux travaux se sont succédé sur la matière, et en ont considérablement étendu le cycle des indications.

Une opinion favorable à l'accouchement prématuré provoqué se trouve consignée dans les œuvres de tous les Maîtres d'aujourd'hui : Lehmann, Jacquemier, Krause, Barnes, Cazeaux, Pajot, Tarnier, Schröder, Charpentier, etc. Nous signalerons les thèses de Ferniot (1836), Lacour (1844), Lazare Sée (1854), tous élèves de Stoltz ; de Picard (1882), Bajou (1885), etc.

A côté des dissertations inaugurales, une part importante doit être faite aux thèses de concours récemment soutenues, et dans lesquelles leurs auteurs ont établi avec netteté les indications spéciales de l'accouchement prématuré provoqué dans certains cas déterminés. Citons en particulier les thèses d'agrégation de MM. Guéniot (1863), Léon Dumas (1880), Lefour (1880), Porak (1880), etc., et les thèses plus récentes de MM. Bar (1886) et Rémy (1886).

---

## CHAPITRE II

### INDICATIONS

Deux points importants doivent être précisés dans cette étude :

1° A quel moment l'accouchement prématuré provoqué peut-il être pratiqué?

2° Dans quel cas l'accouchement prématuré doit-il être provoqué?

*I. A quel moment l'accouchement prématuré provoqué peut-il être pratiqué? — L'accouchement prématuré provoqué ayant pour but et pour conséquence, dans les cas heureux, le double salut de la mère et de l'enfant, ne peut évidemment être réalisé qu'à une époque où ce dernier sera viable.*

Aux termes des articles 312 et 314 du Code civil, est réputé viable l'enfant né plus de cent quatre-vingt jours après la conception, c'est-à-dire ayant atteint six mois révolus. La viabilité, au sens médical du mot, doit être comprise dans des limites plus restreintes. On s'accorde généralement à reconnaître que l'enfant est viable, c'est-à-dire apte à jouir de la vie extérieure, à la fin du septième mois, au deux cent dixième jour. Certainement, on a vu des fœtus nés avant cette époque

vivre, atteindre et dépasser le terme ; ce sont là de rares exceptions, suffisantes tout au plus pour justifier les réserves de la loi, mais impuissantes, par leur rareté même, à justifier une règle générale d'intervention. On devra donc toujours attendre, pour réaliser l'accouchement prématuré, que la grossesse ait dépassé le deux cent dixième jour, et se rappeler, en outre, que la viabilité du fœtus sera d'autant plus affirmée qu'on opérera à une époque plus voisine du terme.

La détermination de la période à laquelle se trouve une grossesse dans un cas donné est souvent difficile à établir. On se basera pour le faire sur l'époque à laquelle les menstrues se sont supprimées, et où se sont montrés les premiers signes fonctionnels d'un début de grossesse. Barnes conseille de compter l'âge de la grossesse à partir de la fin des dernières règles, et d'agir à partir du deux cent cinquantième jour après ce délai. Si cet élément, le plus utile à considérer, fait défaut, si la date exacte de la conception ne peut être précisée, l'accoucheur sera réduit à invoquer un signe bien moins certain, les premiers mouvements actifs du fœtus. Enfin, à défaut de tout renseignement tiré des commémoratifs, il devra s'en tenir au résultat de l'examen clinique de la femme pour apprécier l'époque de la grossesse.

Nous empruntons à l'ouvrage de M. Tarnier (1) le tableau des phénomènes que l'on constate chez une femme arrivée au huitième ou au neuvième mois, c'est-à-dire en état de donner le jour à un fœtus viable :

*Huitième mois.*—Le fond de l'utérus remonte à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic; l'utérus est généralement incliné à droite. Toute la portion vaginale du col est ramollie, l'orifice externe est fermé chez les primipares; il est ouvert

(1) Tarnier et Chantreuil. Traité d'accouchements.

chez les multipares, et permet d'introduire dans la cavité du col toute la première phalange. La cavité du col est fusiforme chez la primipare, infundibuliforme chez la multipare. Il existe un écoulement de colostrum; des vergetures apparaissent sur les seins. — Au niveau de l'abdomen, on constate de nombreuses vergetures, un effacement complet de la dépression ombilicale; le ballottement foetal existe encore; les mouvements actifs, le souffle utérin, les battements du cœur du fœtus, sont intenses; la tête, chez les primipares, est engagée dans l'excavation.

Dans la *première quinzaine du neuvième mois*, le fond de l'utérus s'élève dans la région épigastrique et sous les fausses côtes droites. Tout le col est ramolli, sauf l'anneau de l'orifice interne. Chez les multipares, le doigt peut être introduit jusqu'à cet anneau, qui est fermé; s'il y a eu antérieurement des accouchements nombreux, il peut pénétrer jusque dans la cavité utérine. Chez la primipare, l'orifice externe est légèrement entr'ouvert, mais ne permet pas l'introduction du doigt. — Les troubles gastriques et les vomissements sont fréquents; il existe de la gêne respiratoire; tous les phénomènes fonctionnels observés jusqu'alors s'accroissent. Tout les signes physiques cités dans le paragraphe précédent existent, à l'exception du ballottement.

Pendant la *deuxième quinzaine du neuvième mois*, le fond de l'utérus s'abaisse; l'orifice interne se ramollit et s'entr'ouvre chez les multipares; la cavité du col a une longueur de 4 centimètres, et le doigt arrive sur les membranes. Dans les derniers jours, le col s'efface; le doigt traverse un orifice dont les bords sont minces et résistants chez les primipares, épais et souples chez les multipares. — Les vomissements cessent, la gêne de la respiration disparaît; en même temps, les varices et les œdèmes sont plus prononcés; il existe du ténesme vésical; la marche devient plus difficile. Comme

signes particuliers : on trouve la tête plus engagée ; la femme ressent des douleurs lombaires, elle se plaint fréquemment de coliques.

Ces signes ont une valeur réelle pour apprécier l'époque de la grossesse dans un certain nombre de cas ; mais, empressons-nous de le dire, dans la majorité des faits où l'accouchement prématuré se trouve indiqué, il est impossible d'attribuer à la plupart des signes physiques une valeur probante, à cause de la déformation des parties.

## II. — *Dans quels cas l'accouchement prématuré doit-il être provoqué ?*

L'accouchement prématuré artificiel est indiqué :

- 1° Dans les rétrécissements du bassin ;
- 2° Dans certains états pathologiques mettant obstacle à une heureuse solution de l'accouchement à terme.

### 1° RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN

« L'accouchement prématuré provoqué est aujourd'hui le traitement spécifique des femmes enceintes rétrécies. » (Bajou) (1).

Les rétrécissements du bassin sont, de tous les états pathologiques de la femme, ceux qui nécessitent le plus souvent la provocation de l'accouchement prématuré. Dans le cas de bassin rétréci, l'intervention s'impose. On peut combattre par divers moyens une hémorrhagie, des convulsions, des accidents cardiaques ; on ne peut modifier le squelette d'un bassin déformé. Aussi, sur 250 cas d'accouchement prématuré artificiel

(1) Bajou. Thèse de Paris, 1885, n° 207

relevés par Lacour (1), 225 avaient-ils rapport à des bassins rétrécis.

Le rachitisme est la cause la plus fréquente des déformations du bassin ; voilà pourquoi, lorsqu'on est appelé à examiner une femme enceinte présentant quelques-uns des attributs de cette dyscrasie osseuse (incurvation des membres, déviations vertébrales, déformations articulaires, chapelet costal, inégalité de courbure et nodosités des clavicules), il faut immédiatement porter son attention sur le bassin et en mesurer soigneusement les diamètres. D'où le principe, formulé par les auteurs, d'engager toute femme suspecte au point de vue de la conformation de son squelette, à faire pratiquer l'examen minutieux de sa cavité pelvienne dès le début d'une grossesse.

Le rachitisme n'est pas la seule cause des rétrécissements du bassin ; après lui, il faut citer l'ostéomalacie, les luxations congénitales de la hanche, les fractures de cuisse avec raccourcissement, la luxation de la dernière vertèbre lombaire sur la première vertèbre sacrée, désignée sous le nom de *spondylolsthésis* (Kilian, Grynfeldt), l'effondrement de la colonne lombaire sous l'influence d'un ramollissement tuberculeux (*spondylizème* d'Hergott), etc.

Nous n'insisterons pas sur la description anatomique des diverses formes de rétrécissement du bassin ; nous en dirons tout juste ce qui est nécessaire pour expliquer l'intervention par l'interruption provoquée de la grossesse. D'ailleurs cette étude, qui est fort vaste, n'occupera qu'une partie minime de notre travail ; les rétrécissements du bassin réalisent en effet l'indication la plus ancienne et aujourd'hui la mieux établie de l'accouchement provoqué. Nous passerons rapidement sur ce sujet, pour nous occuper avec plus de détails des points sur lesquels la science moderne commence seulement à être fixée.

(1) Lacour. Thèse de Paris, 1844, n° 47.

« La pratique de l'accouchement prématuré artificiel dans les cas de rétrécissement du bassin est fondée, dit Burckhardt (1), sur les observations suivantes :

» 1° Que la tête d'un fœtus au septième ou huitième mois est beaucoup plus petite, plus molle et plus compressible que celle d'un fœtus au terme naturel de la gestation ;

» 2° Que les enfants nés au septième ou au huitième mois, même à travers un bassin mal conformé, ont très souvent atteint un âge avancé ;

» 3° Que des accouchements prématurés de ce genre n'entraînent pas plus de danger pour la mère que des accouchements ordinaires. »

L'opération, pour Cazeaux (2), ne peut être tentée qu'à une époque de la grossesse où la viabilité du fœtus est assurée, et seulement dans les cas où le rétrécissement du bassin est tel que l'accouchement à terme est impossible sans le secours d'une opération sanglante sur la mère et de la mutilation du fœtus.

« L'accouchement prématuré, dit M. L. Dumas dans ses *Leçons cliniques*, est indiqué quand l'accouchement à terme est impossible par suite de la *disproportion qui existe entre le bassin maternel et la tête du fœtus*. L'aplatissement de la tête, qui permet dans certains cas l'expulsion, ne peut aller au-delà de certaines limites, la réductibilité des épaules et du bassin pouvant être beaucoup plus considérable. »

Nous examinerons successivement, à l'exemple de M. Bajou : 1° les limites des rétrécissements qui réclament l'application de la méthode ; 2° l'époque de la grossesse à laquelle on doit intervenir ; 3° les contre-indications à la provocation de l'accouchement prématuré.

1° La première chose à faire en face d'une femme enceinte

(1) Burckhardt. Thèse de Strasbourg, 1830, p. 2.

(2) Cazeaux. Loc. cit., p. 1043.

portant un bassin rétréci, est de se demander si elle peut accoucher à terme sans trop de risques pour l'enfant.

Pour résoudre le problème, il faut pratiquer minutieusement la mensuration des différents diamètres du bassin ; on se servira pour cela des compas de Baudelocque et de Budin pour la mensuration externe, et des pelvimètres de Stein, Van Huevel, etc., ou plus simplement du doigt, pour la mensuration interne.

Pour que l'accouchement puisse avoir lieu normalement, il faut qu'il existe à l'époque du terme un rapport déterminé entre les diamètres du bassin et certains diamètres de la tête fœtale.

Les diamètres moyens d'un bassin normal recouvert des parties molles sont les suivants :

- 1° Entre les deux épines iliaques antéro-supérieures 24cent.
- 2° Entre les deux épines iliaques antéro-inférieures 21 — 1/2
- 3° Du milieu d'une crête iliaque au milieu de la crête iliaque opposée..... 27 —
- 4° Du milieu de la crête iliaque à la tubérosité ischiatique du même côté (hauteur du bassin) 19 —
- 5° De la partie antéro-supérieure de la symphyse du pubis au sommet de la première apophyse épineuse du sacrum..... 19 —
- 6° D'une tubérosité sciatique à l'épine iliaque postéro-supérieure du côté opposé..... 17 — 1/2
- 7° De l'épine iliaque antéro-supérieure d'un côté à l'épine iliaque postéro-supérieure du côté opposé ..... 21 —
- 8° De l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire à l'épine iliaque antéro-supérieure de chaque côté..... 17 — 1/2
- 9° Du grand trochanter d'un côté à l'épine iliaque postéro-supérieure du côté opposé..... 25 —

10° Du milieu du bord inférieur de la symphyse  
pubienne à l'épine iliaque postéro-supérieure. 17 cent.

(Les cinq dernières mensurations sont particulièrement utiles pour la détermination de la variété de retrécissement dite *bassin oblique ovalaire*, de Nœgelé.)

Les principaux diamètres de la tête du fœtus à terme sont, d'après M. Tarnier :

|                                                   |          |    |
|---------------------------------------------------|----------|----|
| Diam. sus-occipito-mentonnier (max. de M. Budin), | 13 cent. | 1½ |
| — occipito-mentonnier (O. M.)                     | 13       | —  |
| — occipito-frontal (O. F.)                        | 12       | —  |
| — sous-occipito-bregmatique (So.-O. Br.)          | 9        | 1½ |
| — bi-pariétal (B. P.)                             | 9        | 1½ |
| — bi-temporal (B. T.)                             | 8        | —  |
| — bi-mastoïdien (B. M.)                           | 7        | 1½ |

Quant aux diamètres du tronc, ils sont :

|                               |                        |    |    |
|-------------------------------|------------------------|----|----|
| Diam. bi-acromial             | 12 cent., réductible à | 9  | 1½ |
| — antéro-postérieur du thorax | 9                      | 1½ |    |
| — bi-iliaque                  | 8                      | —  |    |
| — antéro-postérieur du bassin | 5                      | 1½ |    |
| — bi-trochantérien            | 9                      | —  |    |

Presque tous les diamètres du fœtus sont réductibles, dans certaines limites, au moment de l'accouchement; ils sont destinés à s'adapter, pendant le travail, aux diamètres du détroit supérieur, qui sont les suivants :

|                                         |          |
|-----------------------------------------|----------|
| Diam. antéro-postérieur ou sacro-pubien | 11 cent. |
| — oblique                               | 12 —     |
| — transverse                            | 13 — 1½  |

puis, aux diamètres de l'excavation, qui mesurent tous 12 cent ; enfin aux diamètres du détroit inférieur, qui mesurent tous 11 cent., mais dont l'oblique et l'antéro-postérieur sont extensibles; ce dernier dans des limites qui varient entre 1 cent. 1½ et 3 cent.

Le détroit supérieur est absolument inextensible, sa circon-

férence est invariable ; si donc un de ses diamètres acquiert, sous l'influence des conditions pathologiques, des dimensions anormales, ce ne peut être qu'aux dépens de modifications d'ordre inverse réalisées sur l'un des deux autres ou également réparties sur tous les deux. C'est dire l'utilité qu'ont les mensurations pour juger de la qualité d'un bassin et du degré de ses altérations.

Une adaptation exacte des divers diamètres du fœtus aux diamètres du bassin est indispensable pour que l'accouchement normal se produise. Si donc, le bassin étant normal, la tête du fœtus a des dimensions anormales, l'expulsion ne pourra avoir lieu ; inversement, une tête normale ne pourra s'engager dans un détroit rétréci. On voit par là quelle importance acquiert la connaissance exacte des dimensions d'un bassin et du volume du fœtus destiné à le traverser.

Le volume exact du fœtus est difficile, on pourrait même dire impossible, à déterminer ; tout au plus, dans certaines conditions, telles qu'une hydrocéphalie notable par exemple, pourra-t-on se rendre compte de l'exagération des dimensions de la tête ; ces cas-là d'ailleurs sont justiciables d'une intervention autre que celle de l'accouchement prématuré provoqué. Pour justifier cette opération et en établir rationnellement les indications, on se préoccupera peu des variations de volume anormales du fœtus, et on portera toute son attention sur les dimensions du bassin.

Les rétrécissements du bassin, dans leur forme la plus habituelle, le bassin plat, portent surtout sur le diamètre antéro-postérieur, qui diminue de longueur dans des proportions variables. Ce diamètre sera donc le plus important à déterminer chez une femme soupçonnée de déformation, rachitique ou autre.

L'accoucheur, ne pouvant à son gré modifier les diamètres de la filière pelvienne, n'a d'autre ressource, s'il veut éviter les

complications qui ne peuvent manquer de se produire à l'époque du terme, que d'atténuer, dans la mesure du possible, et sans préjudice aucun, le volume du solide qui doit la traverser : tel est le but de l'accouchement prématuré provoqué.

Il est important de connaître les dimensions de la tête fœtale aux diverses périodes de la grossesse ; cette évaluation, exactement établie, permettra au praticien de déterminer à quelle extrême limite un fœtus peut encore franchir un détroit supérieur rétréci dans des proportions connues.

Le *diamètre bipariétal* de la tête fœtale aux différentes époques de la gestation est le plus important à connaître, puisqu'il sera destiné à s'adapter au diamètre antéro-postérieur du bassin, le plus fréquemment rétréci. Dubois et Stoltz ont établi que, à la fin du septième mois, ce diamètre a une longueur de 6 centimètres  $1/2$  à 7 centimètres ; il est réductible de 4 à 5 millimètres. Charpentier a dressé un tableau de ses dimensions à chacune des périodes de la grossesse, et a établi que :

|                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| A terme, il mesure..... | 9 cent. $1/2$ ; |
| A 8 mois $1/2$ .....    | 8 — $1/2$ ;     |
| A 8 mois.....           | 8 —             |
| A 7 mois $1/2$ .....    | 7 — $1/2$ ;     |
| A 7 mois.....           | 7 —             |

Les chiffres donnés par Wasseige diffèrent peu de ceux de Charpentier ; pour lui, à 7 mois révolus, le diamètre B. P. a 0<sup>m</sup>067 ; à 8 mois, 0<sup>m</sup>08 ; à 9 mois, 0<sup>m</sup>09. Signalons les résultats à peu près analogues de Schroeder, de MM. Budin et Richemont.

Jacquemier (1) n'admet pas des chiffres aussi absolus ; il pense qu'à 7 mois révolus, le diamètre B. P. peut avoir de 0<sup>m</sup>07 à 0<sup>m</sup>07  $1/2$  ; à 8 mois, de 0<sup>m</sup>07  $1/2$  à 0<sup>m</sup>08  $1/2$  ; à 9 mois, 0<sup>m</sup>09.

(1) Jacquemier. Art. Accouchement prématuré artificiel, in Dict. encycl. des sc. méd.

Lorsqu'on aura diagnostiqué par les moyens habituels un rétrécissement antéro-postérieur du bassin, et qu'on en aura déterminé le degré par les procédés classiques, il suffira donc de se reporter aux tableaux précédents pour décider l'époque à laquelle l'accouchement prématuré devra être artificiellement réalisé.

Jusqu'ici et dans ce qui va suivre, nous ne considérons que les bassins plats, ceux dont les dimensions, nous l'avons vu, sont le plus fréquemment viciées. C'est en quelque sorte un exemple que nous prenons pour montrer comment on établit les indications de l'accouchement prématuré provoqué dans un cas donné. Nous nous en tiendrons à cette variété de rétrécissement, et renvoyons, pour les indications de l'accouchement artificiel dans les formes innombrables d'atrésies, aux traités spéciaux qui s'occupent de ces dernières.

La règle générale qui doit diriger la décision de l'accoucheur, relativement au choix du moment où il devra intervenir, est la suivante : retarder autant que possible l'époque de l'intervention. Il est évident qu'une intervention précoce présentera plus de facilité au point de vue de l'expulsion du fœtus ; les os du crâne seront moins résistants et plus malléables, si on opère de bonne heure. Mais, d'un autre côté, l'aptitude du fœtus à jouir de la vie extra-utérine sera d'autant moins accusée qu'on éveillera sa vitalité de meilleure heure ; en outre, par suite même du peu de résistance de sa boîte crânienne, les compressions inhérentes au travail, et celles résultant des manœuvres obstétricales souvent concomitantes, s'exerceront plus facilement sur son encéphale. On pourra, pour déterminer l'époque de l'intervention, tirer partie des données précédemment signalées, mais sans être absolu dans cette détermination : il faut se rappeler que le crâne du fœtus jouit d'une certaine élasticité ; que dans les bassins symétriques, certains de ses diamètres peuvent jusqu'à un certain point se

réduire en provoquant l'allongement de la tête en sens opposé ; enfin, que, par suite de la difficulté de cet allongement, les rétrécissements asymétriques sont, toutes proportions égales, plus dangereux que les rétrécissements symétriques. Ces réserves faites, il est bon de suivre l'avis de Pajot : « Plus le rétrécissement sera considérable, plus il faudra vous rapprocher du septième mois, et vous ferez l'accouchement d'autant plus tard que le rétrécissement sera plus léger. »

Quelles sont les limites dans lesquelles le rétrécissement du bassin permettra l'accouchement prématuré provoqué ?

La limite inférieure n'est pas la même pour tous les auteurs : M<sup>me</sup> Lachapelle admet deux pouces et demi (6 cent. 75) ; Barlow a pratiqué des accouchements prématurés avec des bassins d'un pouce et demi (4 cent. 1) à deux pouces (5 cent. 4) ; inutile de dire que le résultat a toujours été funeste au fœtus ; Baudelocque a vu des enfants à terme être expulsés spontanément, avec des bassins de 6 cent. 75. M. Tarnier croit qu'on peut abaisser la limite de l'accouchement prématuré à 5 cent. 1/2, quitte à pratiquer l'embryotomie si le fœtus ne peut être expulsé ; il justifie par quelques exemples cette manière de voir. M. L. Dumas pense avec raison qu'on ne peut donner de limite absolue pour le degré inférieur des rétrécissements permettant l'issue précoce d'un fœtus viable ; tout dépend, en effet, de l'état symétrique ou asymétrique du bassin. Depaul, en effet, a pu faire passer un fœtus de 7 mois et demi dont le diamètre bipariétal avait 8 cent. à travers un bassin rétréci à 6 cent. 1/2 ; le diamètre bipariétal avait subi une réduction de 1 cent. 1/2, grâce à la possibilité d'un allongement égal du diamètre antéro-postérieur.

En Allemagne on ne pratique pas l'accouchement prématuré dans les rétrécissements au-dessous de 7 cent. 1/2. C'est là une exagération ; il est certain qu'on pourrait obtenir des succès avec des rétrécissements bien plus considérables ; d'ailleurs,

même avec un rétrécissement très étroit, il est encore légitime de tenter l'intervention ; en cas d'insuccès, on sera toujours à temps de pratiquer l'embryotomie.

Quant à la limite supérieure, certains accoucheurs déclarent que l'opération est contre-indiquée dans les rétrécissements au-dessus de 8 cent  $1/2$ , surtout chez les primipares. M. Tarnier (1) est d'un avis différent, qu'il justifie de la façon suivante : « L'accouchement prématuré artificiel est une opération innocente : à quel regret ne s'exposerait-on pas si, après avoir attendu le terme de la grossesse, on était obligé de pratiquer l'embryotomie sur un enfant qu'on aurait pu sauver par l'accouchement prématuré ? Dans l'intérêt même de l'enfant, ne vaut-il pas mieux lui faire supporter les inconvénients d'une naissance prématurée, que les dangers d'une application laborieuse de forceps ? »

Nous conseillerons donc l'accouchement prématuré provoqué chez une primipare chaque fois que nous serons incertain sur la terminaison de l'accouchement à terme, au risque d'être accusé de l'avoir entrepris inutilement ; à plus forte raison nous le conseillerons quand le rétrécissement sera tel qu'il devra probablement rendre l'accouchement à terme très laborieux ou impossible.

M. Pajot (2) a formulé, en 1882, les préceptes suivants :  
1<sup>er</sup> cas : le bassin vicié a 9 cent.  $1/2$  au moins dans le plus petit diamètre ; l'accouchement peut se faire à terme. Attendre tant que les contractions se soutiennent et que l'état de la mère et de l'enfant ne périclité pas ; dans le cas contraire, appliquer le forceps.

2<sup>e</sup> cas : 9 cent.  $1/2$  au plus, et 8 au moins. Accouchement prématuré artificiel, à 7 mois et demi, 8 mois surtout.

3<sup>e</sup> cas : 8 centim. au plus, 6 centim.  $1/2$  au moins. Accou-

(1) Tarnier. In Cazeaux, loc. cit., p. 4046.

(2) Pajot. Travaux d'obstétrique et de gynécologie, p. 41, 1882.

chement prématuré artificiel de 7 à 8 mois ; régime peu nutritif pour la femme (Moreau).

4° cas : Au-dessous de 6 cent.  $1\frac{1}{2}$ , il ne peut être question d'obtenir un enfant vivant ; par conséquent on a le choix entre la craniotomie, la céphalotripsie répétée sans tractions (Pajot) et l'opération césarienne, dans les cas malheureux où l'avortement provoqué n'a pu être pratiqué.

« En résumé, conclut M. L. Dumas dans ses *Cliniques*, entre 10 et 6 centimètres, on doit provoquer l'accouchement ; entre 10 cent. et 7 cent.  $1\frac{1}{2}$ , on a beaucoup de chance de réussir ; au-dessous, on sera obligé dans bien des cas de recourir à la version pelvienne ou à l'embryotomie. »

*Contre-indications.* — La *primiparité* constitue pour Joërg, Kilian, Merriman, Dubois, une contre-indication à l'accouchement prématuré provoqué. Ces auteurs prétendent que le meilleur moyen d'établir avec certitude l'existence d'un rétrécissement consiste dans la constatation des difficultés éprouvées dans un accouchement antérieur. Dans le même ordre d'idées, le meilleur moyen d'établir la gravité d'une maladie serait de laisser mourir les malades, alors qu'on a dans les mains un remède spécifique. Il sera difficile, dit Pajot, d'utiliser ces données dans une deuxième grossesse si le premier accouchement a été fatal à la mère. Le fœtus, a-t-on dit, est plus petit dans une première grossesse ; il n'y a là rien d'absolu.

D'autres auteurs voient dans la *multiparité* une contre-indication, si les accouchements antérieurs n'ont présenté aucune difficulté. MM. Tarnier et Charpentier (1) s'élèvent contre cette idée, plus rationnelle que la précédente : « Il ne faut pas oublier, déclare ce dernier, ce que nous avons déjà signalé, que les enfants naissent en général d'autant plus volumineux que le nombre des grossesses augmente, surtout si ce sont des

(1) Charpentier. Traité pratique des accouchements, 1883.

garçons ; et par conséquent on pourra, vers le quatrième ou cinquième accouchement, rencontrer des difficultés qui ne se sont pas produites dans les accouchements antérieurs. » M. L. Dumas (1) a publié l'observation d'une secundipare ayant refusé de se soumettre à l'accouchement prématuré provoqué, et chez laquelle il fut obligé de pratiquer la céphalotripsie, alors que l'enfant avait été expulsé une première fois sans difficulté à terme.

Une *grossesse gémellaire* est généralement considérée comme une contre-indication à l'accouchement provoqué. Burekhardt la signale, mais fait, avec Reisinger, des réserves tenant à la difficulté du diagnostic. Les deux raisons qui militent contre l'intervention active dans ce cas sont les suivantes : 1<sup>o</sup> dans la grossesse double, les fœtus sont habituellement moins développés à l'époque du terme que dans la grossesse simple ; 2<sup>o</sup> en raison même de leur moindre développement, ils sont peu viables avant le terme de la gestation, et supporteraient difficilement la vie extérieure. Ces règles n'ont rien d'absolu, et l'accoucheur doit se baser uniquement sur les circonstances du fait.

La *mort du fœtus* doit être considérée comme une contre-indication formelle. Froriep, Fodéré, Jacquemier, conseillent pourtant l'accouchement prématuré dans ce cas ; May (2) déclare, dans son *Traité de médecine légale*, que l'accoucheur doit prêter le serment de ne pas laisser dans la matrice d'une femme enceinte un fœtus de sept mois, ou même plus âgé, mort par cause externe ou interne, lorsque les préludes de l'accouchement ne se présentent pas. Aujourd'hui on s'est rendu un compte exact de la tolérance de l'utérus ; on sait que la matrice conserve seize jours en moyenne un fœtus dont la mort ne s'est

(1) Dumas. Compte-rendu de la clinique obstétricale de Montpellier, Montpellier médical, 1879, t. XLIII, p. 536.

(2) May, Stolpertus der Poizeliart, Mannheim, 1802.

pas produite brusquement (Carl Ruge). Les grossesses prolongées sont souvent causées par la mort du fœtus (Stoltz), et l'on a pu voir un fœtus mort à 6 mois être expulsé seulement cinq mois plus tard (1). M. Pajot engage donc à s'abstenir de toute intervention, tant que les membranes sont intactes, car alors le fœtus se macère, mais ne se putréfie point.

*L'ostéomalacie*, rare dans nos pays, est aussi une contre-indication ; car le ramollissement des os du bassin, s'il est susceptible de rétrécir notablement le détroit supérieur, peut aussi permettre le passage de l'enfant au moment du terme.

Il n'existe donc en réalité que deux contre-indications formelles à l'accouchement prématuré provoqué dans le cas de rétrécissement du bassin ; ce sont : 1° la mort du fœtus ; 2° l'existence d'un rétrécissement instable du pelvis.

Quant aux *vices de présentation du fœtus*, ils ont donné lieu à des préceptes différents suivant les auteurs. Campbell et Schipmann refusaient l'accouchement prématuré provoqué dans les cas de mauvaise présentation ; Merriman attendait pour opérer que la présentation vicieuse se fût modifiée, et Ritgen pensait que le meilleur moyen pour arriver à ce but était la soustraction d'une petite quantité de liquide amniotique. Aujourd'hui on ne se préoccupe pas de la présentation quand il s'agit de discuter l'indication de l'accouchement prématuré artificiel ; on admet simplement que la présentation céphalique est un peu plus favorable et rend le travail provoqué plus facile.

« Quand l'accoucheur a la tête, dit Pajot, il a plus de chance de ne pas la perdre. »

(1) Annales de gynécologie, 1878, t. IX, p. 396.

2° *Etats pathologiques mettant obstacle à une heureuse solution de l'accouchement à terme.*

TUMEURS ABDOMINALES

Après l'étude des rétrécissements du bassin tenant aux déformations du pelvis, se place naturellement celle des tumeurs abdominales, qui provoquent, elles aussi, une atrésie de la filière pelvienne. Nous ne nous occuperons pas, vu leur rareté, des tumeurs développées sur l'os coxal (exostoses, ostéo-sarcomes, cals vicieux), car on ne trouve pas dans les auteurs des éléments d'appréciation suffisants. Nous nous contenterons d'examiner les indications de l'accouchement prématuré dans les principaux cas de tumeurs développées aux dépens des parties molles contenues dans le bassin.

*Cancer de l'utérus.* — M. Bar (1), dans sa récente thèse d'agrégation, a approfondi ce sujet et établi des indications de l'accouchement prématuré dans les cas de cancer utérin.

Robert Lee (2), Rosser (3), Hermann (4), frappés des dangers courus par la femme enceinte atteinte de cancer de l'utérus, ont conseillé l'avortement provoqué. Scanzoni (5), West (6), interrompent la grossesse à un moment qui varie suivant l'importance de l'obstacle apporté à l'expulsion

(1) Bar. Du Cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement thèse de concours, 1886, p. 126-138.

(2) Lee, Clinical midwifery.

(3) Rosser. Obstetr. transact., t. XXIII, p. 186.

(4) Hermann. Obstetr. transact., t. XX.

(5) Scanzoni. Lehrbuch der Geburtsch., 1867, t. II, p. 239.

(6) West. Lectures on diseases of women, London, 1879, 4 éd.

du fœtus. Simpson (1) considère comme contraire aux règles de la profession et de la morale d'intervenir avant que l'enfant soit viable. M. Bar ne se montre pas partisan de l'intervention, et conclut de la façon suivante : « Quand le cancer est susceptible de créer de grandes complications au moment du travail à terme, l'accouchement prématuré, l'avortement provoqué, ne mettent pas à l'abri de tous les accidents. Bien souvent, en y ayant recours, on ne fait que sacrifier le fœtus, sans bénéfice pour la mère. »

Lorsqu'une femme est atteinte de cancer utérin, c'est-à-dire vouée à une mort à peu près certaine, l'accoucheur doit, par une dérogation justifiée aux règles du droit commun, prendre en main seulement les intérêts du fœtus, et rechercher la solution qui sera la plus favorable à ce dernier. Or, les résultats de l'accouchement prématuré provoqué chez la femme atteinte de cancer utérin sont jusqu'ici peu encourageants. M. Bar cite 4 faits dans lesquels l'opération a été pratiquée : deux femmes sont mortes des suites de l'opération ; quant aux enfants, deux ont succombé pendant le travail, un a vécu ; le dernier résultat est resté inconnu.

L'accoucheur se montrera donc très réservé pour mettre en œuvre, dans les cas de ce genre, le mode d'intervention qui nous occupe ; seul l'état du fœtus pourra l'engager à intervenir, et l'opération césarienne, bien plus que l'accouchement provoqué, remplira alors l'indication.

*Fibromes utérins.* — Tandis que les rétrécissements du bassin ont un siège fixe et une consistance immuable, les fibro-myômes de l'utérus, surtout ceux du corps et les fibromes sous-péritonéaux, peuvent se déplacer et remonter spontanément pendant la grossesse au-dessus du détroit supérieur ; au moment du travail, ils peuvent être réduits par l'accoucheur.

(1) Simpson. *Obstetrics memoirs*, V. I.

Enfin ces tumeurs ont l'avantage de participer aux modifications du tissu utérin pendant la gestation et de se ramollir au point de devenir fluctuantes. (Observ. de Cazeaux.)

En considération de ces faits, observés de longue date, Ingleby, West, Depaul, Guéniot, Tarnier, se sont élevés contre la pratique de l'accouchement prématuré recommandée par Ashwell, dans les cas de grossesse compliquée de tumeur fibreuse. M. Lefour (1), auquel nous devons une intéressante monographie sur ce sujet, rapporte 307 observations de fibromyômes pendant la gestation ; l'accouchement prématuré, réalisé dans cinq cas, a presque toujours abouti à des résultats désastreux pour l'enfant. « On peut se demander, dit M. Tarnier, si, en provoquant l'accouchement, on ne se prive pas des bénéfices qui résultent des modifications subies par le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse. »

*Kystes de l'ovaire.* — Barnes commence toujours par provoquer l'accouchement, puis intervient suivant les indications. Eustache, Rheinstædter, Olshausen, Hegar et Kaltenbach préfèrent l'ovariotomie pratiquée pendant la grossesse, parce que l'accouchement prématuré ne fait que retarder l'opération de quelques jours. D'ailleurs on a vu souvent la grossesse suivre son cours normal malgré l'intervention chirurgicale, tandis que l'intervention obstétricale a été souvent suivie de graves complications : embolie pulmonaire (Sæxinger), péritonite suppurée (Guéniot), rotation du pédicule (Edwards, Stansbury).

M. Rémy (2) a recueilli dans sa thèse d'agrégation 11 faits

(1) Lefour. Des Fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement, thèse de concours, 1880.

(2) Rémy. De la Grossesse compliquée de kyste ovarique, thèse de concours, 1886.

d'accouchement prématuré pratiqué dans des cas d'encombrement du bassin par une tumeur ovarique.

L'opération a causé 3 fois la mort de la mère ; quant à l'enfant, elle a donné 5 morts, 5 survies et 1 résultat inconnu.

M. Rémy (1) conclut de la façon suivante : « De l'avis de la majorité des accoucheurs, l'accouchement prématuré provoqué ne trouvera son indication que rarement dans le cours de la grossesse compliquée de kyste ovarique siégeant dans la cavité abdominale ; d'ailleurs, les cas publiés où l'accouchement prématuré se fit spontanément ne semblent pas favorables<sup>t</sup> parce qu'on le voit, aussi bien que l'accouchement à terme, suivi parfois d'accident grave, et les cas publiés dans lesquels on provoqua le travail avant terme ne démontrent pas qu'il ait rendu les services qu'on attendait de lui. »

Et plus loin : « Si des malaises importants ne surviennent qu'à la fin de la grossesse et que la ponction ne produise pas le soulagement désirable, on pratiquera l'accouchement prématuré artificiel dans les dernières semaines, à moins d'indication urgente d'ovariotomie. »

#### HÉMORRHAGIES

Les hémorrhagies de la grossesse, et surtout celles par insertion vicieuse du placenta (*hémorrhagie à répétition*, de M. Pajot) constituent l'indication la plus anciennement légitimée de l'accouchement provoqué. Puzos préconisa pour les cas d'hémorrhagie sa méthode intermédiaire ; Baudelocque n'admettait que dans cette hypothèse l'accouchement artificiel. Récemment Greenhalgh a proposé, à la Société obstétricale de Londres, la provocation immédiate du travail en pareil cas. Six professeurs d'accouchement de la capitale ont été d'avis « de ne pas laisser continuer la grossesse lorsque le placenta

(1) Rémy. Loc. cit., p: 134 et 160.

prævia a été diagnostiqué avec certitude ». En effet, quand le placenta, vicieusement inséré, donne lieu à des pertes sanguines, la femme est toujours sous le coup d'une hémorrhagie grave, et le fœtus, dont l'existence est liée si intimement à celle de la mère, est aussi en danger de mort. Si donc il survient des hémorrhagies redoutables à une époque où le fœtus est viable, il ne faut pas hésiter à provoquer l'accouchement prématuré.

Aubé (1) a cité plusieurs cas de succès à la suite de l'intervention. M. Snéguireff (2), qui a récemment publié un ouvrage apprécié sur les hémorrhagies utérines, déclare que, dans les cas où la perte mettrait la vie de la femme en danger, on ferait le tamponnement vaginal, et, si cela ne suffisait pas, on aurait recours à l'accouchement prématuré artificiel.

#### ÉCLAMPSIE

L'éclampsie est une maladie des derniers mois de la grossesse. Plus qu'aucune autre, elle a donné naissance à de vives controverses, au point de vue de la provocation de l'accouchement prématuré.

Levret, Stoltz, Velpeau, Chailly, Danyau, Jacquemier, Joulin, se sont montrés partisans de l'intervention obstétricale au cas de convulsions survenant pendant la grossesse ; Lacambre (3), dans sa thèse, en rapporte quatre observations, suivies de succès. Au contraire, Dubois, Moreau, Cazeaux, Depaul, Pajot, Blot, Schroeder, Charpentier, blâment vivement l'accouchement prématuré provoqué dans de pareilles conditions.

(1) Aubé. Thèse de Paris, 1859.

(2) Snéguireff. Hémorrhagies utérines, étiologie, diagnostic et traitement. Ed. française rédigée par Varnier, 1886.

(3) Lacambre. Thèse de Paris, 1877, n° 102.

Voici les arguments des deux camps, résumés dans la thèse de M. Picard (1) :

Les premiers se fondent, pour justifier l'intervention, sur ce que :

1° Le fœtus est le plus souvent tué par les convulsions ; il faut donc le soustraire aussi promptement que possible à leur action funeste, en déterminant son expulsion ;

2° Si la délivrance ne sauve pas toujours la mère, il est manifeste que les attaques cessent immédiatement après l'accouchement dans le plus grand nombre des cas ;

3° Les autres moyens de traitement sont d'une inefficacité désespérante.

Ces arguments sont réfutés par leurs adversaires de la manière suivante :

1° L'évacuation de l'utérus ne peut faire cesser subitement une maladie générale qui atteint l'organisme profondément, et dont les convulsions ne sont que le symptôme (dans un tiers seulement des cas, en effet, les accès ont cessé après l'accouchement) (2) ;

2° Il est fréquent de voir l'éclampsie continuer et même débiter après l'accouchement ;

3° Les moyens employés pour provoquer le travail ont une action trop lente, puisque l'éclampsie se juge généralement en trois jours ;

4° Enfin les opérations et les manœuvres pratiquées sur le col produisent une irritation qui accroît la force et le nombre des accès.

La lenteur du travail provoqué et l'incertitude d'un bénéfice obtenu par l'exonération utérine doivent faire rejeter du cadre de la thérapeutique obstétricale l'accouchement prématuré pro-

(1) Picard. Thèse de Paris, 1882, n° 241.

(2) Charpentier. Thèse de concours, 1872.

voqué dans le traitement de l'éclampsie. Cette maladie est plutôt justiciable de l'accouchement forcé.

Mais l'accouchement prématuré artificiel ne pourrait-il pas constituer une ressource précieuse dans la prophylaxie des accidents éclamptiques ? Mœriche et Schröder admettent cette indication dès que la présence de l'albumine est constatée dans les urines d'une femme enceinte ; Lœhlein et H. Martin le conseillent quand des troubles graves ont commencé à se produire.

Nous laissons la parole à deux maîtres pour justifier cette intervention :

« Nous croyons, dit Tarnier, que l'accouchement prématuré artificiel pourrait rendre certains services dans des cas exceptionnels. Supposons d'abord une femme enceinte de huit mois, albuminurique, menacée d'éclampsie, chez laquelle le travail commencerait prématurément et spontanément ; il est bien certain que cette circonstance paraîtrait favorable à la majorité des accoucheurs, et que rien ne serait tenté pour arrêter l'accouchement. »

On peut donc dans ces conditions provoquer l'accouchement prématuré, surtout si, dans un accouchement antérieur, la femme a réalisé des attaques d'éclampsie, et si le traitement habituel de l'albuminurie ne peut venir à bout des accidents.

« Si dans les conditions ordinaires l'enfant peut être apte à vivre à la fin du septième mois », déclare M. L. Dumas (1) (au point de vue spécial de l'albuminurie chez la femme enceinte), « on n'est plus en droit de compter sur cette limite dans les conditions dont il s'agit. Nous avons vu en effet qu'il fallait considérer l'albuminurie, lorsqu'elle dure depuis un certain temps, comme capable d'entraver plus ou moins son développement, ce qui diminue ses chances de vie après une expulsion hâtive. On pourrait craindre, en provoquant le travail, de provoquer

(1) Dumas. De l'Albuminurie chez la femme enceinte, thèse de concours, 1880.

en même temps l'explosion des accidents que l'on voudrait éviter. Il n'est donc pas permis de considérer la déplétion de l'utérus comme un moyen prophylactique ou thérapeutique certain.

» Mais, d'autre part, si nous considérons l'influence fâcheuse de l'albuminurie sur le fœtus, les dangers de mort qu'il court, soit par mauvaise nutrition, soit par hémorrhagie placentaire, soit sous l'influence des attaques d'éclampsie, il est évident qu'il y a intérêt pour lui à ce qu'il soit soustrait à de pareils risques. Nous pensons donc que l'accouchement prématuré, lorsque l'état de la mère sera devenu grave, doit être plutôt pratiqué dans l'intérêt de l'enfant que dans celui de la mère, et par suite que l'on devra prolonger les autres modes de traitement le plus longtemps possible. »

#### *Lésions thoraciques*

MM. Peter (1), Duroziez (1 bis), Porak (2), Courréjol (3), ont établi l'influence fâcheuse qu'exerce par les *lésions thoraciques* la grossesse en évolution ; non seulement elle aggrave les lésions existantes, mais encore elle est susceptible de créer à elle seule des altérations du muscle et de ses séreuses. A leur tour, les lésions cardiaques impriment à la grossesse une marche défavorable ; il en résulte un cercle vicieux, dans lequel les intérêts de la mère et ceux du fœtus se trouvent gravement compromis.

Les accidents asphyxiques sont fréquents dans les cas de grossesse compliquée de lésions cardiaques ; souvent, au moment d'une crise, l'accouchement prématuré se produit

(1) Peter. Clinique médicale, accidents gravidocardiaques, A. I.

(1 bis) Duroziez. De l'influence des maladies du cœur sur la menstruation, la grossesse et son produit.

(2) Porak. Thèse de concours, 1880. Archives de tocologie, 1873.

(3) Courréjol. Thèse de Paris, 1881, n° 329.

spontanément (Devilliers et Regnault) (1). « De toutes les affections chroniques de la femme enceinte, les maladies du cœur seraient en réalité celles qui donneraient lieu le plus souvent à l'accouchement provoqué, si la nature ne prenait les devants ; les fausses couches et les accouchements prématurés sont, en effet, fréquents chez les femmes cardiopathes (Courréjol). »

L'accouchement prématuré provoqué a été depuis longtemps proposé dans les cas de cet ordre. Dubreuille (2), en 1850, a cité un cas de double succès par cette méthode. Dubois et Pajot ont admis, dans la thèse de leur élève Dehous (3), la légitimité de l'intervention ; Cazeaux l'approuve ; aujourd'hui la plupart des auteurs l'ont adopté.

M. Duroziez pense que l'on doit pratiquer l'accouchement et même l'avortement provoqués en l'absence de troubles graves, s'il existe une lésion cardiaque. M. Porak rapporte, dans sa thèse, 7 cas d'accouchement provoqué répondant à cette indication. M. Peter est aussi partisan de la « double délivrance utérine et cardiaque », mais il ne l'admet que dans les cas où des troubles graves de l'hématose maternelle menacent directement la vie du fœtus : « Le médecin, au cas de péril extrême et d'insuccès de la médication spoliatrice, sera autorisé à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel. »

A côté de l'étude des lésions cardiaques se place celle des *anévrismes*. May obtint un beau succès en déterminant l'accouchement avant terme chez une femme atteinte d'anévrysme de l'aorte à la dernière période. Fodéré admettait la légitimité de cette manœuvre dans 4 cas : 1° dans les hémorrhagies utérines graves ; 2° dans les hémorrhagies nasales ou pulmonaires n'ayant cédé à aucun autre moyen thérapeutique ; 3° chez les femmes atteintes d'*altération des gros vaisseaux* ;

(1) Devilliers et Regnault. Archives de médecine, 1848.

(2) Dubreuille. Union médicale, 1850.

(3) Dehous. Thèse de Paris, 1854.

4° chez les femmes frêles et nerveuses, vomissant sans cesse tous les aliments, et chez lesquelles les progrès du dépérissement font craindre une catastrophe. — Enfin on sait que c'est à l'occasion d'un cas d'anévrysme de l'aorte que Costa porta devant l'Académie la question qui fut traitée par celle-ci « d'inconvenante et inadmissible ». La rareté des faits de ce genre ne permet pas d'établir une statistique et de pouvoir se faire une idée personnelle de la question.

Nous ne trancherons pas davantage la question de l'accouchement prématuré provoqué dans les cas de *lésions pulmonaires avancées*. On sait quelle influence défavorable exerce la grossesse sur l'évolution de la tuberculose; on peut donc rationnellement soutenir la légitimité d'une intervention, qui a pour but de ralentir par une exonération précoce l'évolution de la maladie.

L'accouchement provoqué a encore été pratiqué dans le cas d'*hydrothorax*, et Ferniot (1) en rapporte une observation suivie de succès.

#### *Vomissements incoercibles*

Guéniot (2) en donne la définition suivante: « Toutes les fois que les vomissements porteront par eux-mêmes une atteinte grave à la santé de la femme, et qu'ils auront résisté à l'emploi judicieux d'un certain nombre de moyens thérapeutiques, nous les qualifierons d'opiniâtres et d'incoercibles ». Lee, Barnes, Merriman, Davis, sont partisans d'une intervention active par l'accouchement provoqué dans tous les cas. Guéniot, qui a recueilli 118 observations de

(1) Ferniot. Thèse de Strasbourg, 1836.

(2) Guéniot. Des Vomissements incoercibles pendant la grossesse, thèse de concours, 1863.

vomissements incoercibles, a noté 72 guérisons et 46 morts; l'accouchement prématuré a été provoqué 14 fois et a donné 10 succès.

En 1873, Clintock (1) a communiqué à la Société obstétricale de Dublin un certain nombre d'observations de travail prématuré, survenu spontanément à une période avancée de la grossesse, à la suite de vomissements incoercibles; il a noté 4 guérisons et une mort.

Porak (2) n'est pas partisan de l'accouchement provoqué; il a vu, dans certains cas, les vomissements incoercibles s'arrêter tout d'un coup, sans cause appréciable, et, dans d'autres circonstances, la solution funeste survenir malgré l'accouchement prématuré. Ces faits existent, il faut le reconnaître, mais nous nous empresserons d'ajouter qu'ils sont fort rares.

S'il est un cas où l'accouchement prématuré trouve des indications formelles, c'est bien dans l'espèce; et nous nous rallions entièrement à l'avis de Gazeaux quand il dit: « Lorsque, malgré l'emploi de tous les moyens rationnels, les vomissements continuent, que la femme vomit absolument tout ce qu'elle prend, que la privation d'aliments la réduit à un état de maigreur qui fait craindre pour sa vie, et que surviennent les accidents que nous avons dit appartenir à la deuxième et troisième période, quelques accoucheurs ont conseillé, si elle est encore éloignée du terme de la grossesse, de provoquer l'accouchement prématuré. Cette opération a déjà été pratiquée, dans des cas semblables, par plusieurs accoucheurs anglais et allemands, avec un plein succès pour la mère et pour l'enfant (Merriman, (Blundell, Churchill).

« La question me paraît devoir être résolue dans ce sens

(1) Clintock. Société obstétricale de Dublin, 8 mars 1873.

(2) Porak. Vomissements incoercibles et grossesse, thèse de concours, 1873, p. 159-160.

quand le fœtus a atteint le septième mois de la vie intra-utérine; et j'avoue que l'opération me paraît pleinement justifiée par les dangers auxquels la mère est exposée, et par la possibilité de voir le fœtus continuer à vivre après son expulsion. »

#### MALADIES AIGUES

C'est là une indication un peu anciennement posée, et que les auteurs actuels s'accordent à repousser dans la grande majorité des cas. De tout temps, en effet, on a vu des femmes accoucher spontanément avant le terme, dans le cours d'un état aigu, sans retirer aucun bénéfice de cette délivrance précoce, et sans qu'on pût, par conséquent, considérer celle-ci comme un événement favorable.

Les anciens basaient leur opinion sur cette croyance, qu'une maladie aiguë était fâcheusement influencée par l'existence d'une grossesse concomitante, et que dès lors, il y avait indication d'interrompre celle-ci au profit de la première.

L'influence fâcheuse exercée par certaines maladies aiguës sur l'évolution de la grossesse est aujourd'hui bien établie : M. Queirel (1) (de Marseille), a démontré récemment que la grossesse aggrave le pronostic du choléra; l'affection est meurtrière pour le fœtus dans le sein de sa mère, et détermine fréquemment l'avortement; au voisinage du terme, on peut avoir encore quelques enfants vivants, qui succombent souvent au choléra dès les premiers jours de l'existence. Les conclusions de l'auteur ne signalent aucune application de ces données cliniques à l'accouchement prématuré provoqué.

(1) Queirel. Académie de médecine, 19 octobre 1886, in *Semaine médicale*, 1886, p. 416.

Mais, si dans une maladie aiguë l'intervention se trouve indiquée, si, à un moment donné, l'existence du fœtus se trouve immédiatement compromise, l'accouchement provoqué sera une opération trop lente, et l'accouchement forcé trouvera plutôt son application. Si le fœtus n'est pas directement menacé, il faut se garder d'intervenir, et combattre même la tendance de la nature à un travail prématuré.

#### ÉTROITESSE DE LA CAVITÉ ABDOMINALE

Cazeaux signale cette cause parmi les indications de l'accouchement provoqué. On voit quelquefois des femmes de petite taille éprouver, du fait de leur grossesse, des troubles graves, et présenter des phénomènes de compression, dus à ce que l'ampleur de la cavité abdominale n'est pas suffisante pour permettre le développement normal d'un fœtus. Depaul cite le fait d'une femme rachitique qui mourut de la sorte asphyxiée. Dans les cas de cet ordre, on sera autorisé à intervenir ; mais l'indication se présentera rarement, car, la plupart du temps, l'élasticité des parois abdominales sera mise en jeu et suppléera à l'étroitesse de la cavité, ou bien le travail prématuré se déclarera lui-même.

#### ÉTATS PATHOLOGIQUES DU FŒTUS

*Hydropisie de l'amnios.* — C'est encore là une affection peu fréquente. Baudelocque en rapporte un cas remarquable, dans lequel l'utérus renfermait 32 litres de liquide. Elle s'accompagne le plus souvent d'œdème et d'anasarque, et donne lieu au *pendulous belly* des Anglais. Parmi les auteurs,

les uns lui attribuent une origine inflammatoire (Mercier) (1) ; d'autres la placent sous la dépendance d'une maladie du placenta : kystes, tubercules (Churchill (2), Burns (3) ; d'autres enfin, y voient une manifestation de la syphilis maternelle.

Duclos (4) (de Toulouse) a le premier pratiqué l'accouchement prématuré dans un cas de ce genre ; il s'agissait d'une femme de 25 ans, multipare, qui, au septième mois, présentait une augmentation énorme du ventre, de la dyspnée, des palpitations, des vomissements. Duclos perfora les membranes et recueillit 14 litres de liquide ; l'enfant vécut, et la mère se rétablit en six semaines.

Robert Lee cite deux cas malheureux et un cas d'insuccès dû au retard de l'opération.

L'accouchement prématuré artificiel est indiqué dans l'hydramnios ; son indication est tirée de l'état de la mère et de l'insuffisance des autres moyens mis en usage. Quant au fœtus, son état n'entre guère en ligne de compte, car, la plupart du temps, il est affecté de quelque difformité congénitale : hydrocéphalie, ascite, etc.

*Mort du fœtus dans les grossesses antérieures.* — On observe quelquefois des femmes qui ne peuvent mener à bien une grossesse à terme. Jusqu'au huitième ou neuvième mois, dans plusieurs gestations successives, la grossesse suit son cours normal ; puis, tout à coup, sans cause appréciable, le fœtus cesse de vivre, et la femme accouche d'un enfant mort. La cause de cette affection est obscure et paraît tenir à la faiblesse d'un des générateurs.

(1) Mercier. Journal général de médecine, t. XLIII, p. 165 ; t. XLV, p. 256.

(2) Churchill. Traité pratique des maladies des femmes.

(3) Burns. The Principles of midwifery, London, 1843.

(4) Duclos. Journal général de médecine, t. LVXI, p. 248.

On est autorisé, dans les cas de cette nature, à provoquer l'accouchement prématuré. Denmann rapporte deux succès dus à cette manœuvre ; Hayn (de Königsberg) a publié un cas analogue ; d'Outrepont (1) rapporte le fait d'une femme qui, mariée à un phtisique, eut cinq grossesses successives dans lesquelles les enfants moururent à huit mois ; remariée à un homme bien portant, elle eut quatre grossesses et donna le jour, à terme, à des enfants en bonne santé.

Nous en avons fini avec l'étude détaillée des indications de l'accouchement provoqué. Au terme de cette énumération, nous pouvons conclure, avec M. de Soyre (2), que : « Toutes les fois que, dans le cours d'une grossesse, la femme est prise d'accidents graves qui menacent sa santé, si l'enfant a dépassé le terme de sept mois, ou mieux de sept mois et demi, l'accoucheur est autorisé à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel. »

M. Picard (3) résume de la sorte les indications de l'accouchement provoqué :

« L'accouchement provoqué est utile et souvent nécessaire dans certains cas, en dehors des rétrécissements du bassin :

» 1° Toutes les fois que la vie de la mère est gravement compromise par des affections dépendant ou non de la grossesse, et que l'on suppose devoir disparaître avec elle ;

» 2° Dans quelques cas de mort habituelle, excès de volume du fœtus, grossesse prolongée, vices de conformation de la mère, etc. »

Si le danger que court la femme est extrême, au point qu'elle puisse mourir de l'opération, l'intervention est contre-indiquée. (Ambroise Paré.)

(1) d'Outrepont, Ueber das habituelle Absterben der Früchte, Neue Zeitschrift f. Geburtshülfe, 1838.

(2) De Soyre. Thèse de concours, 1875.

(3) Picard. Thèse de Paris, 1882, n° 213.

Quant au moment auquel l'opération doit être pratiquée, il variera nécessairement suivant la nature de la cause. On distingue, à ce sujet, une *époque d'élection* et une *époque de nécessité*. L'opération sera réalisée au moment d'élection quand on peut prévoir à l'avance l'obstacle qui s'opposera à la bienvenue de l'enfant (rétrécissement du bassin, mort habituelle du fœtus); on la pratiquera au moment de nécessité, d'urgence en quelque sorte, quand une des causes que nous avons indiquées surviendra subitement et éveillera tout à coup, vers la fin de la grossesse, la sollicitude de l'accoucheur.

---

## CHAPITRE III

### MODES D'INTERVENTION

Nous distinguerons, dans cette partie de notre sujet, trois sections distinctes :

- I. Soins préliminaires.
- II. Procédés opératoires.
- III. Suites de couches et soins consécutifs.

#### I. — *Soins préliminaires*

Ce paragraphe ne nous arrêtera pas longtemps. Quelle que soit la manœuvre opératoire qu'on se décide à employer, il sera bon de mettre préalablement en usage certains moyens, en vue de disposer favorablement l'organe utérin au labeur précoce qu'on attend de lui.

Après avoir vérifié soigneusement le degré du rétrécissement ou la nature de l'obstacle qui s'oppose à l'accouchement à terme, après avoir nettement établi l'époque de la grossesse, le praticien procédera différemment suivant les cas.

Si la femme en présence de laquelle il se trouve est profondément débilitée, il faudra commencer par restaurer son organisme, et la mettre, par un régime tonique, à même de faire les frais du travail qu'on va lui imposer.

Dans le cas où cette indication spéciale ne se pose pas, Kluge, et beaucoup d'autres auteurs avec lui, ont préconisé un système inverse : ils se sont attachés à débilitier la femme, dans l'idée d'enrayer en même temps le développement matériel du fœtus. Kluge recommande de soumettre la femme, dès le début de la grossesse, et comme ressource prophylactique, à un régime modéré, des purgations fréquentes, des saignées répétées, un repos réduit. Cette méthode irrationnelle est aujourd'hui entièrement abandonnée, depuis qu'il est bien établi que les femmes les plus faibles peuvent accoucher d'enfants très gros et très vigoureux.

Plus recommandables et plus efficaces sont les *bains*, administrés quotidiennement à la femme, pendant les jours qui précéderont la mise en jeu du travail. Ce moyen, entré aujourd'hui dans la pratique habituelle des accoucheurs (Stoltz, Nœgelé, Tarnier, L. Dumas), n'a pas l'action énergique que certains auteurs enthousiastes ont voulu lui attribuer, et qui faisait dire à Gardien, l'un des plus zélés adversaires de l'accouchement prématuré artificiel, qu'il se rallierait tout de suite à ce mode d'intervention, si un moyen aussi simple pouvait réellement suffire. Les bains tièdes et prolongés exerceront une action sédative sur le système nerveux, calmeront l'éréthisme s'il en existe, et agiront comme agents de prédisposition à une intervention plus active.

La *balnéation vaginale* sera réalisée pendant le bain, grâce à l'emploi d'un spéculum fenêtré.

## II. — *Procédés opératoires*

Nous passerons rapidement sur la plupart des moyens et procédés qui ont été conseillés, pour insister sur la manœuvre qui nous paraît devoir réunir, dans la majorité des cas, les

suffrages des accoucheurs ; nous voulons parler de la méthode du décollement des membranes.

Cazeaux divise les moyens à mettre en usage en trois classes :

1° Médicaments impressionnant d'abord l'organisme général et ayant pour effet consécutif d'exciter les contractions utérines ;

2° Excitations portant sur certains organes, et réagissant par action réflexe sur l'utérus ;

3° Moyens agissant mécaniquement et directement sur l'utérus.

Les divers moyens que nous allons passer en revue ont pour but de provoquer le travail de l'accouchement ; mais, hâtons-nous de le dire, il est souvent utile et indiqué d'associer deux ou plusieurs méthodes ; en outre, pas plus que dans l'accouchement spontané, la femme n'est assurée d'être délivrée sans complication, et les cas sont nombreux où l'on a été obligé de faire intervenir, pour hâter la délivrance, le forceps ou la version.

1° Parmi les médicaments généraux agissant secondairement sur l'utérus, on peut citer :

Les *bains*, dont nous avons établi les indications.

La *saignée*, en faveur autrefois, aujourd'hui entièrement abandonnée.

Les *drastiques*, dont l'utilité est fort discutable.

Le *sulfate de quinine*, qui certainement ne peut, à lui seul, déterminer l'accouchement prématuré.

La *pilocarpine* en injections hypodermiques. Ce médicament, vanté par Müller, Sænger, Pascali, Parisi, Hyernaux, Chantreuil, est impuissant à provoquer des contractions quand l'utérus n'y est pas prédisposé ; c'est d'ailleurs un moyen dangereux, car il n'agit dans l'espèce qu'en déterminant une intoxication.

Les *emménagogues* (ergot de seigle, sabine, rue, safran,

apiol). De tous ces médicaments, l'ergot a été le plus employé : Bongiovanni et Lovati (de Pavie) n'en ont obtenu aucun résultat, en 1823 ; Ritgen et Gœtz, qui l'ont expérimenté en Allemagne, n'ont pas été plus heureux. Dézeimeris et Ramsbotham, au contraire, en font le plus grand éloge ; il est à remarquer que, dans la statistique des accouchements prématurés réalisés par le dernier grâce à ce seul moyen, et comprenant 55 faits, presque tous les enfants sont morts pendant le travail. Nous ne saurions, en aucun cas, conseiller l'emploi de l'ergot de seigle ; ce médicament détermine une tétanisation du muscle utérin, aussi bien du col que du corps, emprisonne et comprime le fœtus dans une cavité étroite et rigide, et aboutit finalement à la mort du produit par asphyxie.

C'est d'ailleurs aujourd'hui une loi générale en obstétrique, que le seigle ergoté ne doit jamais être administré tant que le fœtus ou le placenta est encore dans l'utérus.

2° Les moyens agissant sur l'utérus par action réflexe sont relégués aujourd'hui dans les archives de la thérapeutique obstétricale. Nous citerons comme exemple : l'application de *sinapismes* et de *vésicatoires volants* sur les seins, proposée par Friedreich (de Rostock) ; l'application de *ventouses* sur les mêmes organes, conseillée par Scanzoni, etc. Ce dernier moyen a l'inconvénient de provoquer fréquemment des lipothymies, ainsi qu'en témoignent les observations de Chiari, Hohl, Kilian et Scanzoni lui-même.

3° Les moyens externes ont, pour la plupart, une action autrement puissante que les précédents. Parmi eux cependant, il en est qui méritent seulement d'être cités pour mémoire, et sur lesquels il n'y a pas lieu de s'arrêter ; tels sont : les frictions sèches sur l'abdomen (d'Outrepoint), les frictions abdominales combinées avec l'excitation du col de l'utérus par les doigts introduits dans le vagin (Ritgen), etc.

L'électricité a joui d'une certaine vogue. Les courants

continus ont été employés par Kilian, Schreiber et Dubois ; les courants interrompus, par Henning. L'électro-magnétisme a encore trouvé des adeptes dans Dorrington et Simpson. Ces essais n'ont pas donné des résultats favorables ; Dorrington et Faye (de Christiania) ont publié chacun un succès ; mais il faut tenir compte, dans l'interprétation de ces faits, de ce que ces auteurs ont mis en usage, en même temps que le moyen qu'ils préconisent, l'un l'éponge préparée, l'autre les douches vaginales.

Tout récemment, Litschküss(1) a enregistré deux succès par l'emploi des courants induits, en applications purement extérieures, pendant un quart d'heure matin et soir.

Fleischmann (2) dit le plus grand bien des courants continus, qu'il appliquerait en portant profondément les réophores, enfermés dans une sonde-bougie, entre l'utérus et les membranes. Il est permis de se demander si les résultats, dans ce dernier cas, sont dus à l'emploi de l'électricité ou à l'introduction de la sonde suivant la méthode de Krause ; pour notre part, nous nous rallions sans hésiter à la seconde hypothèse.

Nous étudierons les procédés les plus importants dans l'ordre suivant :

- 1° Tamponnement du vagin (Schöeller, Braün, Chassagny) ;
- 2° Douches utérines (Kiwisch) ;
- 3° Perforation des membranes (Puzos, Meissner, Villeneuve) ;
- 4° Dilatation du col (Kluge, Busch, Barnes) ;
- 5° Décollement des membranes (Lehmann, Kohen, Krause, Tarnier, L. Dumas).

(1) Litschküss. Centralblatt für Gynæk. 1886, p. 823, in Bulletin de thérapeutique, 15 février 1887.

(2) Fleischmann. In Revue médico-chirurgicale, 15 sept. 1886.

1° TAMPONNEMENT VAGINAL

Schœller (1) pratiqua, pour la première fois, en 1839, le tamponnement du vagin en vue de provoquer l'accouchement prématuré ; plus tard, il publia 5 observations, dont 4 succès.

Il conseille d'oblitérer le vagin avec des boules de charpie, dont les profondes seront enduites de cérat ; de renouveler le tampon tous les jours, en pratiquant des injections dans les intervalles ; enfin, le tampon doit être enlevé quand l'utérus est entré franchement en contraction, et quand l'orifice commence à s'entr'ouvrir. Si le travail s'arrête, Schœller engage l'accoucheur à donner 0 gr. 50 d'ergot de seigle et à réappliquer le tampon.

Hoffmann a relevé 20 cas dans lesquels cette manœuvre a été appliquée ; sur ce nombre, il y eu 12 succès ; une fois, on fit suivre le tamponnement de la dilatation du col ; 7 fois le résultat fut nul.

Depaul (2) a fait ressortir les inconvénients du tampon : les mucosités dont il s'imbibe se décomposent facilement sous l'influence de la chaleur du vagin, et peuvent devenir une source d'auto-infection.

Braun a substitué son *colpeurynter* au tampon de Schœller. Cet instrument se compose d'une poche en caoutchouc piriforme, de 5 à 10 centimètres de diamètre dans sa partie renflée, munie d'un tube à robinet au niveau de sa portion allongée ; il est introduit dans le vagin, et rempli d'eau tiède lorsque la partie renflée est en contact avec le

(1) Schœller; trad. de Stoltz. Gazette médicale de Strasbourg, janvier 1843.

(2) Depaul. Gazette des hôpitaux, mars 1879.

museau de tanche. Avant Braün, Hüter avait proposé l'introduction dans le conduit vaginal d'une vessie animale remplie d'une décoction d'ergot de seigle. Stoltz a fait le relevé des cas dans lesquels l'instrument de Braün a été appliqué; il rejette son emploi dans les rétrécissements du bassin et l'admet dans les maladies qui, venant compliquer la grossesse, indiquent l'accouchement prématuré provoqué.

Récemment, M. Chassagny (1) a proposé un instrument qu'il désigne sous le nom d'*appareil élytro-ptérygoïde*, et dont il a précisé les indications, relativement à l'accouchement prématuré provoqué. Cet appareil se compose d'une vessie extensible, que l'on introduit dans le vagin, et qui, gonflée par un liquide, remplit le conduit vaginal, envoie un prolongement dans l'orifice du col et dilate peu à peu la cavité cervicale. M. Hubert (2) a donné, à l'Académie de médecine en Belgique, la relation de trois succès obtenus par l'emploi de cet instrument; M. Hyernaux a obtenu, dans des expériences de laboratoire, sur treize applications, treize succès. La difficulté consiste à maintenir l'instrument dans le vagin et à l'empêcher d'en être chassé; les ailettes dont l'appareil est muni latéralement sont insuffisantes; M. Hubert engage à se servir, dans ce but, de l'antique ceinture de chasteté.

## 2° DOUCHES UTÉRINES

Kiwisch a proposé d'introduire dans la vagin une canule perforée à son extrémité, et de projeter sur le col, pendant

(1) Chassagny. Province médicale, mai 1887.

(2) Académie de médecine de Belgique, 1886. — In Semaine médicale des 29 sept., 3 nov. et 23 déc. 1886.

un certain temps, un jet d'eau chaude à 34° ou 35°. Il a rapporté dix observations de succès obtenus par ce procédé; le nombre des douches qu'il fallut employer dans chaque cas variait entre quatre et dix-huit, et la moyenne de la durée du travail était de trois jours et demi (minimum, vingt heures; maximum, sept jours).

Cazeaux conseille de placer un récipient d'une contenance de 8 à 10 litres, à sept à huit pieds de hauteur, d'y adapter un tube long et flexible, muni d'un robinet à 25 ou 30 cent. de son extrémité libre, à laquelle il fixe une canule de gomme élastique percée d'un seul orifice terminal. La femme doit être placée sur le bord du lit; on pratique deux ou trois injections par jour. Les douleurs, dans un cas, se sont manifestées après une seule douche.

Blot dirige le jet liquide, non sur les lèvres du museau de tanche, mais dans l'orifice du col.

La posture qu'il est nécessaire de faire prendre à la femme, si on obéit aux préceptes de Kiwisch et de Cazeaux, est fatigante et très difficilement supportée. Aussi nous paraît-il légitime, dans les cas où cette manœuvre est indiquée, d'employer le dispositif qui a été décrit par MM. Pinard et Varnier (1) à propos de l'irrigation continue. Ces auteurs, au lieu de superposer les deux matelas du lit de la patiente, les juxtaposent en les repliant, et laissent entre eux un intervalle; la femme est étendue dans son lit, et le siège correspond à la gouttière laissée entre les deux matelas. Cette gouttière est comblée par une toile cirée, percée d'un trou central qui permet l'écoulement des liquides dans un récipient sous-jacent. L'eau chaude qui doit servir à la douche est versée dans un vase épais en porcelaine qu'on place à une certaine hauteur, et s'écoule lentement, par l'intermédiaire

(1) Pinard et Varnier. Paris, 1886

d'un long tube en caoutchouc, terminé par une canule vaginale, dont l'intensité du jet est soigneusement modérée. Tel est le procédé qui est actuellement mis en usage, pour réaliser certaines indications, par M. le professeur L. Dumas.

Stoltz cite 68 succès sur 81 cas dans lesquels, à sa connaissance, la méthode des douches utérines avait été employée ; dans 13 cas seulement, il fallut avoir recours à des moyens plus énergiques.

M. Tarnier apprécie de la façon suivante les douches utérines employées dans le but de provoquer l'accouchement artificiel : « C'est, dit-il, un moyen toujours lent qui fatigue la patience de l'opérée et de l'opérateur, et qui compromet quelquefois la réussite de l'opération en retardant outre mesure le travail de l'accouchement. » Le même auteur a signalé en outre les dangers auxquels on s'expose en employant ce procédé ; il a rapporté un fait de perforation du cul-de-sac postérieur dans un cas d'application de la méthode, et a démontré expérimentalement, devant l'Académie de médecine, la facilité de production de cet accident. Depaul, Salmon et Simpson ont rapporté des cas de mort subite survenue pendant l'application de ce moyen.

M. Valette n'a qu'une médiocre confiance dans ce procédé ; son élève M. Waissettes (1) raconte, dans sa thèse, qu'il a vu injecter sans succès à une femme 1,200 litres d'eau.

De tout ce qui précède, on peut conclure que les douches utérines chaudes, suivant le dispositif que nous avons indiqué, pourront constituer un bon moyen adjuvant dans la provocation de l'accouchement, prématuré ; employées exclusivement, elles sont souvent impuissantes à le provoquer, dans les cas mêmes où elles réussissent ; le résultat est tellement long à se produire qu'il est préférable de choisir un autre moyen plus expéditif.

(1) Waissettes. Thèse de Lyon, 1881.

A côté des douches liquides, nous citerons les *douches d'acide carbonique*, vantées par Scanzoni (de Wurtsbourg). C'est là un mauvais moyen, la plupart du temps impuissant à exciter la contractilité utérine, et dont le bilan restreint compte un cas de mort.

### 3° PERFORATION DES MEMBRANES

Ce procédé, préconisé par Puzos, en 1759, dans sa *Méthode intermédiaire*, fut appliqué, pour la première fois sur le continent, à l'accouchement prématuré, par le Danois Sheel, en 1799. Mais il avait déjà été mis en usage en Angleterre ; c'est en perforant les membranes que Macaulay réalisa, paraît-il, le premier accouchement artificiel. En Angleterre, cette manœuvre est encore aujourd'hui fort en honneur.

Dans le procédé primitif, on faisait usage, pour perforer les membranes, d'une canule longue et courbe, munie d'un trocart. Il fallait prendre des précautions infinies pour s'abstenir de blesser la mère ou le fœtus, et l'on ne parvenait pas toujours à éviter ce double inconvénient.

Siebold modifia la manœuvre et joignit à la canule deux mandrins. Il introduisait une canule courbe munie d'un mandrin à extrémité mousse et olivaire ; puis, la canule en place, il retirait le mandrin mousse et le remplaçait par un mandrin en trocart. Son instrument avait l'avantage d'atténuer les périls de la mère ; mais le danger restait le même pour le fœtus.

Ce procédé a été longtemps en honneur ; il est simple, d'une exécution facile et ne nécessite pas des connaissances anatomiques bien étendues chez celui qui le pratique ; il suffit de pousser la canule jusqu'à l'orifice interne du col.

Le mécanisme de son action est le suivant : les membranes

étant perforées, le liquide amniotique s'écoule ; le vide se formant à l'intérieur de la cavité utérine, l'utérus entre en contraction pour le combler ; une fois la contraction mise en jeu, le travail s'établit et continue sans s'interrompre jusqu'à l'accouchement.

Une telle manœuvre a plusieurs inconvénients : le travail est lent à s'établir (au début les contractions sont espacées, et ce n'est guère qu'après deux ou trois jours qu'elles se succèdent à des intervalles assez rapprochés) ; de plus, il dure longtemps, et l'on compte généralement vingt-quatre ou quarante-huit heures avant que la dilatation soit complète. Pendant ce temps, le fœtus est enfermé dans une cavité vidée de liquide, et cette évacuation l'expose à la fois à la compression du cordon et à des décollements placentaires.

Hopkins eut, le premier, l'idée, en 1814, de n'enlever que la partie supérieure du liquide amniotique, afin de conserver à la poche des eaux son rôle protecteur. La réalisation appartient à Meissner (de Leipzig), qui a donné son nom au procédé. Meissner fait usage d'une canule creuse en argent et de deux mandrins. La canule a 35 centimètres de longueur, 4 millimètres de diamètre, et possède une courbure appartenant à un cercle de 40 centimètres de diamètre, correspondant à la courbure sacrée ; comme dans l'instrument de Siebold, des deux mandrins, l'un a une extrémité mousse et olivaire, l'autre est pointue et dépasse en longueur la canule d'un centimètre.

La femme étant debout ou placée sur le bord du lit, l'accoucheur introduit dans la cavité du col et jusqu'à l'orifice interne la canule munie du mandrin mousse ; il la fait ensuite glisser jusqu'à 25 centimètres au-dessus du col ; il remplace alors le mandrin mousse par le mandrin en trocart, perfore les membranes, après avoir fortement porté le manche de la canule en arrière, laisse écouler une cuillerée de liquide amniotique, puis retire la canule. Le liquide amniotique s'écoule goutte à goutte

et, après vingt-quatre ou quarante-huit heures, le travail est en train ; l'accouchement se produit en trente-six ou quarante-huit heures. Meissner, dans 14 cas où il a employé ce procédé, a obtenu 14 succès.

Les dangers auxquels expose la méthode ainsi modifiée sont les suivants: décollement du placenta, blessure du fœtus, perforation des parois utérines.

Villeneuve (1), pour éviter de blesser le fœtus, emploie un mandrin unique, dont l'extrémité, mousse pendant l'introduction, s'ouvre comme la pince de Hunter, lorsqu'on pousse la tige une fois l'instrument en place, perce et déchire les membranes, et permet l'écoulement d'une quantité voulue de liquide amniotique.

Ritgen et Kluge font usage d'un *trocart-siphon* ; au lieu de perforer les membranes, on les aspire ; grâce à cet instrument, elles se rompent de dedans en dehors, et l'on est assuré, dès lors, de ne pas blesser le fœtus.

M. Guignard (de Tours) (2), grand partisan de la méthode, opère avec une sonde à grande courbure, qu'il porte dans la courbure sacrée ; puis, arrivé le plus haut possible, il porte le pavillon vers le périnée ; l'extrémité de la sonde s'appuie sur les membranes, et celles-ci sont perforées ; il retire la sonde, après avoir laissé écouler de 100 à 250 grammes de liquide, et engage la femme à rester au repos. Il n'a jamais eu d'accident.

M. Tarnier, sur 24 cas, n'a perdu aucune des femmes, et a obtenu 22 enfants vivants.

Le procédé de Meissner, avec tous les perfectionnements qu'on y a apportés, a de grands avantages sur les précédents, au point de vue d'une action réelle et efficace, ainsi que le

(1) Villeneuve. Mémoire sur l'accouchement provoqué prématurément, Marseille, 1847.

(2) In thèse de Picard, Paris, 1882, n° 213.

démontrent les statistiques. Cependant on peut lui reprocher d'exposer la mère à des déchirures, par suite de l'introduction d'un corps rigide, d'être lent à provoquer le travail, lent à l'accomplir, enfin d'être souvent difficile à appliquer, l'orifice interne ne se prêtant pas toujours de bonne grâce à l'introduction d'une canule volumineuse.

#### 4° DILATATION DU COL

Brunhinghausen, en 1820, avait déjà signalé le procédé que Kluge, en 1826, décrit avec détail.

Pour dilater le col suivant la méthode de Kluge, on a recours à l'éponge préparée.

On prend un cône d'éponge préparée de 5 centimètres de longueur et de 1 centimètre 1/2 de largeur à sa base, muni d'un cordonnet de 25 à 30 centimètres de longueur, et on le porte avec une pince ou sur un stylet jusque dans l'orifice du col ; pour le maintenir, on pratique le tamponnement du vagin, soit avec une éponge, soit à la charpie. Si, au bout de vingt-quatre heures, le travail n'est pas commencé, on retirera le tampon et on changera le cône d'éponge ; souvent, après cinq ou six heures, des contractions se sont déjà manifestées.

Dans ce procédé, comme dans celui du tamponnement, c'est par action réflexe que le corps de l'utérus se trouve incité à se contracter. L'éponge préparée, qui se trouve, sur une large surface, en contact avec la muqueuse du conduit cervical, et force la tonicité des fibres musculaires du col avec une force progressive, mais irrésistible, doit évidemment donner naissance à des réflexes plus certains et plus prolongés qu'un simple tampon appliqué à la surface du museau de tanche.

Le procédé de Kluge est dont puissamment efficace ; il a cependant des inconvénients tels qu'on y a aujourd'hui à peu près renoncé. Le tampon, qu'on est obligé d'appliquer avec soin pour maintenir la base du cône et empêcher celui-ci d'être chassé dans le vagin, cause à la femme des souffrances qui viennent se joindre à celles qui résultent de la violence exercée sur les parois du col ; il détermine une gêne dans les fonctions de la vessie et du rectum. En outre le col est quelquefois très élevé, surtout dans les cas de rétrécissement du bassin ; il peut être oblique, de sorte que l'orifice se trouvera dévié ; il en résultera des difficultés pour l'introduction de l'éponge.

L'éponge s'altère très vite et répand au bout de peu de temps une odeur infecte ; enfin elle produit quelquefois ses effets avec beaucoup de lenteur, elle n'est pas égale dans son action.

Cazeaux, pour éviter le tamponnement, fixe la base du cône d'éponge sur une tige en baleine recourbée et venant s'attacher à une ceinture hypogastrique.

Guéniot préfère à l'éponge préparée la laminaire, qui, d'après lui, produirait une dilatation plus uniforme.

Sur 70 observations qui ont été relevées par Hoffmann, on note 56 succès par la dilatation seule ; 7 fois il a fallu l'associer à d'autres procédés, sept fois enfin elle a été tout à fait impuissante. Les résultats ont été favorables pour les mères et pour les enfants. La durée du travail a été 9 fois de vingt-quatre heures, 14 fois de quarante-huit heures, 10 fois de trois jours, 12 fois de trois à huit jours, 3 fois de neuf à treize jours.

Busch (de Berlin), préférant à la dilatation par une substance végétale et altérable, celle obtenue par l'action d'un instrument, a inventé un dilatateur à trois branches qui, fermé, a la forme d'un V ou d'une pince à pansement courbe. Cet appareil est

poussé à 15 millimètres dans l'intérieur de la cavité du col, puis ouvert progressivement ; le travail dure de trois à huit jours.

D'autres dilateurs métalliques ont été imaginés par Meade, Krause, Jobert de Lamballe, M. Pajot (à deux branches), M. Le Blond (à quatre branches). Tous ces instruments ont pour commun inconvénient de provoquer par leur introduction une vive douleur, et en outre de n'exercer qu'une action limitée aux points d'application des branches ; d'où il résulte des tiraillements douloureux.

Le *sphéno-siphon* de Schakenberg est un instrument composé d'une seringue à laquelle s'adapte une canule de 5 centimètres de longueur, percée de deux trous au voisinage de son extrémité libre ; la canule est entourée sur presque toute sa hauteur d'un sac de peau préparée, de 4 à 5 centimètres de diamètre, aplati à l'état de vacuité et solidement fixé aux environs de l'embouchure de la canule. Il suffit de pousser, à l'aide de la seringue, un liquide dans la canule, après l'avoir introduite dans le col, pour gonfler le ballon à volonté ; il est bon d'observer dans ce mode de dilatation une progression régulière.

M. Barnes a imaginé et décrit (1), en 1862, un ingénieux dilateur : c'est une poche en caoutchouc vulcanisé, en forme de guitare, munie à l'une de ses extrémités d'un tube allongé pourvu d'un robinet. Après avoir commencé par dilater quelque peu le col à l'aide d'un des instruments précédemment indiqués, M. Barnes introduit dans le col son appareil, dont il existe divers modèles de grandeurs différentes, de façon à ce que les deux renflements terminaux se trouvent placés, l'un au-dessus de l'orifice interne, l'autre au-dessous de l'orifice externe ; puis il pousse une certaine

(1) Barnes. Sur les indications de l'accouchement prématuré, son exécution et son accélération. *Obstetr. transact*, 1862 ; *Cliniques*, 1869.

quantité de liquide et ferme le robinet. Une fois gonflé, l'instrument a la forme d'un cylindre terminé à chacune de ses extrémités par une sphère beaucoup plus volumineuse que le cylindre ; le cylindre correspond au conduit cervical, l'une des sphères se trouve dans le vagin, l'autre dans l'utérus ; l'appareil est donc solidement fixé.

Quand la dilatation du col est suffisante, le dilatateur tombe, et on en introduit un plus volumineux ; lorsque la série des dilateurs est épuisée, l'accouchement est bien près de se terminer.

Avec cet appareil, dit Barnes, le travail peut être commencé à la volonté du médecin et terminé, suivant son désir, à une heure fixée, avec autant de précision que toute autre opération chirurgicale. En adoptant cette nouvelle méthode, il peut prendre des engagements à quelque distance que ce soit de son domicile, et finir son opération en une seule séance. L'opération est faite avec le contrôle entier de l'opérateur, qui n'est plus l'esclave des circonstances et n'a pas à attendre avec anxiété les efforts de la nature ; il est le maître de la position ; il détermine d'avance, en ayant en vue les exigences du cas, l'époque où la malade se trouvera hors des dangers de l'accouchement, et il pourra lui annoncer avec confiance le terme de son anxiété.

Tout en faisant la part d'une exagération d'inventeur, nous reconnaissons que l'instrument de M. Barnes a une efficacité incontestable au point de vue de la dilatation du col. Mais, pas plus que les autres procédés de dilatation, dont il représente le maximum de perfectionnement, il ne suffit pas à lui seul pour provoquer et terminer le travail. Nous pensons donc avec M. le professeur L. Dumas, que le sac de Barnes sera très utile dans bien des cas pour améliorer le travail et hâter la terminaison de l'accouchement, mais que la mise en jeu de celui-ci est justiciable de moyens plus sûrs et plus

efficaces, et en particulier d'un mode d'intervention dont nous allons maintenant nous occuper.

### *5° Décollement des membranes*

Hamilton, vers 1800, proposait de provoquer l'accouchement prématuré en décollant avec l'indicateur les membranes au voisinage du col. Cette méthode, exposée en détail par Wagner (1), avait pour principaux inconvénients : 1° la difficulté de porter le doigt assez haut pour aller pratiquer le décollement, le col étant supposé ouvert ; 2° l'impossibilité, chez les primipares au moins, de forcer les deux orifices du col pour pénétrer dans l'utérus. Mampe et Campbell songèrent alors à introduire une sonde élastique peu volumineuse.

En 1848, Lehmann (d'Amsterdam) inventa un procédé nouveau : il introduisait dans le col une bougie flexible, la faisait pénétrer de 20 à 25 centimètres, en lui imprimant un mouvement de rotation, la retirait aussitôt après, puis, la réintroduisait, et renouvelait cette opération à des intervalles réglés, jusqu'à ce que le travail eût commencé. Il publia, en 1852, 8 observations favorables ; le travail avait duré de un à cinq jours. Cette méthode est encore aujourd'hui pratiquée en Angleterre.

Cohen (de Hambourg) opérait différemment : il introduisait dans l'utérus une canule de 25 centimètres de longueur, et la poussait jusqu'à 5 centimètres au-dessus de l'orifice interne ; il injectait ensuite une certaine quantité d'eau, environ 400 grammes, entre l'utérus et les membranes. Cohen a obtenu de la sorte 6 succès qu'il a publiés.

(1) Wagner. Beobachtungen und Bemerkungen aus der Geburtshilfe, von Mende, t. III

Steitz (de Hambourg) employait un procédé analogue ; il se servait d'une sonde à la place d'une canule, et n'injectait que 60 grammes de liquide.

James (de Londres) poussait 250 grammes d'eau entre les parois utérines et la poche amniotique. (Lancet, 1861.)

Krause préconise l'introduction d'une algalie flexible, à pointe mousse, qu'il pousse à 20 ou 25 centimètres entre l'utérus et le sac fœtal, et laisse à demeure jusqu'à ce que le travail soit franchement établi.

Le procédé de la sonde à demeure, dont le principe est dû à Krause, a été réalisé différemment par les auteurs : Simpson, en Angleterre, l'a mis en usage sans le modifier ; Playfair emploie une sonde en gomme plus rigide ; Stoltz se sert d'une sonde en argent.

Quelles que soient les modifications de détail qu'on lui a fait subir, la méthode de Krause constitue certainement le meilleur moyen de provoquer un accouchement prématuré ; c'est à elle que M. L. Dumas a eu recours dans les diverses observations que nous allons rapporter.

La méthode de la sonde à demeure est moins complexe et aussi utile que les injections inter-utéro-vélamenteuses. C'est un procédé sûr : « Il répond à peu près à toutes les indications et doit être cité en première ligne parmi les moyens proposés pour réaliser l'accouchement prématuré artificiel.... L'observation a établi que, de tous les procédés, celui-ci remplit le mieux ces conditions : *cito, tuto et jucunde* ; il peut être mené à bonne fin sans aucune difficulté qui mérite d'être signalée, et cela est au moins vrai chez les multipares, qui fournissent le plus grand contingent (Spath). » (1).

Dans 12 cas dus à Madurowicz (2), la durée de l'accou-

(1) Spath. Allgemeine Wiener Medizinische. Zeitung, 1863.

(2) Madurowicz. Gesellschaft der Aezte, in Wien, 1863.

chement fut comprise entre sept et vingt-huit heures ; dans 13 cas de Braun, le travail oscilla dans les mêmes limites ; dans 8 cas de Scanzoni, la moindre durée du travail fut de 11 heures, la plus longue de cinq jours et demi. M. Bajou (1), dans sa thèse récente, a cité 18 observations recueillies chez M. Pajot ; la durée du travail est de trente heures en moyenne ; 12 enfants sont venus au monde vivants, toutes les mères ont été sauvées.

Cette méthode a encore l'avantage de ne pas nécessiter une instrumentation compliquée ; une sonde et un mandrin sont des objets qu'il est facile de se procurer. On les désinfecte aisément ; M. Charpentier se sert pour cela de l'acide phénique ; M. Pajot préfère le sublimé.

Trois complications seulement peuvent mettre obstacle à l'emploi du procédé ou survenir dans le cours de l'opération :

1° *L'atrésie du col.* — Cette atrésie est normale chez les primipares, et tient à ce que l'orifice externe reste fermé jusqu'aux approches du terme de la grossesse. On ne peut y voir un empêchement, car il suffira, pour introduire la sonde, de commencer par dilater le col par l'éponge préparée ou la laminaire.

2° *La rupture des membranes.* — Spath, pour l'éviter, engage les accoucheurs à ramollir, avant de l'introduire, l'extrémité de la sonde dans l'eau bouillante. La sonde doit être flexible et à pointe mousse ; s'il est nécessaire de la munir d'un mandrin, on donnera à celui-ci une courbure appropriée à la courbure sacrée, et on le choisira aussi flexible qu'il se pourra ; en outre, on retirera le mandarin peu après que la sonde aura dépassé l'orifice interne.

(1) Bajou. Thèse de Paris, 1884, n° 207.

3° *Le décollement du placenta.* — Il n'existe pas de ressource contre cette complication, sur le pronostic de laquelle on est encore peu fixé ; il faudrait, pour éviter de diriger la sonde vers la région placentaire, connaître exactement le point d'attache du délivre, ce qui est impossible dans la grande majorité des cas.

M. Tarnier, frappé des avantages du décollement des membranes par le procédé de Krause, a cherché à provoquer ce décollement sur une plus vaste surface, et a imaginé dans ce but un appareil qu'il a présenté, en 1862, à l'Académie de médecine, et qu'il a modifié depuis.

Le dilatateur intra-utérin de M. Tarnier consistait primitivement en un ballon en caoutchouc de petite dimension, solidement fixé à l'extrémité d'une sonde en métal. Plus tard, M. Tarnier l'a perfectionné, et actuellement (1) il se compose d'un tube en caoutchouc long de 30 cent., fermé à une extrémité, et aminci à ce niveau sur une longueur de 3 à 4 cent. Pour l'introduire, on se sert d'un conducteur en métal, recourbé à l'une de ses extrémités et creusé dans toute sa hauteur, sur la partie convexe, d'une gouttière destinée à recevoir le tube en caoutchouc précédemment décrit. Le conducteur est percé, sur la portion recourbée, de trois yeux, dont deux sont disposés à la partie fermée et un au niveau du manche ; les deux premiers sont destinés à fixer l'extrémité utérine du tube en caoutchouc, le dernier à fixer sa portion extérieure.

Une fois le tube amorcé, monté sur le conducteur, et le tout enduit de glycérine, on introduit l'instrument dans la cavité utérine, à quelques centimètres (trois au moins) au-dessus de l'orifice interne, puis on injecte dans le tube, à l'aide d'une seringue, une petite quantité d'eau, 50 grammes environ, et on retire le conducteur. Avant de retirer la seringue, adaptée

(1) Cazeaux. Revu par Tarnier, 10<sup>e</sup> éd., 1883, p. 4061.

à l'extrémité libre du tube, on fait sur ce dernier deux ligatures solides pour empêcher le reflux du liquide. Le tube est laissé à demeure, comme la sonde de Krause, et se maintient en place jusqu'à ce que la dilatation soit suffisante pour le laisser échapper dans le conduit vaginal.

Généralement le travail commence après trois ou quatre heures; le col s'ouvre, et l'instrument tombe au bout de dix ou douze heures en moyenne. Si, après la chute de l'agent dilatatant, le travail s'arrête, on devra procéder à sa réintroduction et à l'injection d'une quantité de liquide un peu plus considérable.

Les avantages que présente le tube de M. Tarnier sont les suivants :

1° Le dilatateur est introduit moins loin que la sonde de Krause; on a de la sorte plus de chance d'éviter la rencontre du placenta et la perforation des membranes;

2° Grâce à sa portion dilatée, l'instrument tient plus facilement en place qu'une algalie de diamètre uniforme;

3° Le décollement des membranes se fait sur une étendue plus considérable; d'où il doit résulter une excitation plus marquée de l'organe utérin.

A côté de ces avantages nous devons signaler les inconvénients :

1° Il est plus fréquent de ne pouvoir introduire le dilatateur de M. Tarnier, à cause du volume du conducteur, qu'une sonde de petit calibre;

2° Le tube de M. Tarnier, ne dépassant guère le voisinage de l'orifice interne du col, tombe dès que la dilatation de l'orifice permet son passage; au contraire, la sonde de Krause, enfoncée profondément, reste longtemps en place;

3° L'instrument de M. Tarnier, aminci dans la partie qui doit se dilater, ne possède qu'un degré de résistance médiocre et se rompt fréquemment. M. Tarnier lui-même a constaté cette rupture 4 fois dans 20 cas. Ceci ne constitue, a-t-on dit, qu'une

injection intra-utérine, analogue à celles dont une des méthodes citées vante les résultats. A cela on peut répondre qu'il existe une différence notable entre une injection lentement pratiquée et l'éclatement brusque d'une vessie remplie de liquide ; ceci constitue, à notre avis, un véritable traumatisme, à craindre et à éviter.

4<sup>o</sup> Enfin, il est fréquent de voir après la chute du dilateur de M. Tarnier le travail s'arrêter aussitôt, et ne reprendre qu'après une nouvelle introduction ; dans quelques circonstances, il a fallu recourir à plusieurs réintroductions successives.

M. Lucas-Championnière (1) emploie une méthode analogue à celle de M. Tarnier. Seulement, il enfonce le tube plus profondément, et injecte 80 à 100 grammes de liquide ; de la sorte, le décollement des membranes est plus considérable, et le tube a moins de chance d'être rejeté. Sur 17 cas où ce procédé a été employé, 13 fois le travail a duré de neuf à trente-quatre heures, 4 fois seulement il a été plus long (soixante-cinq heures à cinq jours et demi).

Quel que soit le procédé dont on fasse usage pour décoller les membranes, quel est le principe de cette méthode, le mécanisme de son action intime ? Nous ne ferons qu'émettre une hypothèse dont la discussion nous entraînerait au-delà des limites que nous nous sommes tracées.

L'instrument, une fois introduit entre l'utérus et les membranes (qu'il s'agisse d'une sonde ou d'un dilateur renflé à son extrémité), agit sur l'utérus, surtout quand il est laissé à demeure, comme un corps étranger, comme une épine (Van Helmont) qui provoque en peu de temps les contractions de l'organe irrité.

Avec M. le professeur L. Dumas (2), nous admettons qu'avant

(1) Thèse de Eudes. Paris, 1880, n° 138.

(2) L. Dumas. Dilatation prœfoetale de la vulve. Étude sur la formation et la rupture de la poche des eaux, Annales de gynécologie, 1886.

l'accouchement il se produit un décollement et un glissement, non pas de l'œuf le long de la paroi utérine, mais bien de la paroi utérine le long des membranes de l'œuf. « C'est, dit-il, par les contractions et le retrait du segment *inférieur* de l'utérus, que les membranes se séparent d'abord en bas, en même temps que le col s'efface. » Au début du travail, sous l'influence des contractions du corps de l'utérus, qui tire sur le col « comme les bras sur les tiges d'une botte » (Mathews Duncan), le col se dilate et remonte en glissant le long des membranes, qui continuent à se décoller au-dessus.

Nous ne pouvons donc admettre qu'un dilatateur quelconque agisse uniquement par le décollement qu'il produit entre l'œuf et les parois du corps de l'utérus ; il faudrait à ce compte, pour que le décollement fût efficace, qu'il portât sur toute la périphérie de l'œuf ; sinon, il est nécessaire que le col commence par s'effacer avant que les insertions de l'œuf à l'utérus se détachent. Le décollement a néanmoins une certaine importance, puisqu'il multiplie l'étendue de la surface qui sera le point de départ de l'excitation utérine.

La conclusion pratique de ce raisonnement est importante : puisqu'un dilatateur agit, non pas seulement en décollant les membranes, mais surtout comme agent *excitant direct*, sollicitant le corps de l'utérus à tirer sur le col pour provoquer son effacement, peu important le volume du dilatateur et la surface vélamenteuse qui se trouvera décollée. Voilà pourquoi la sonde de Krause agit aussi bien et détermine le travail aussi vite que le dilatateur de M. Tarnier. Quant aux procédés qui portent uniquement sur le col, sans déterminer par conséquent aucun décollement, ce sont des *excitants indirects*, dont l'action est nécessairement plus lente.

Au terme de cet exposé sommaire, de cette description rapide des divers procédés mis en usage pour provoquer l'accouchement prématuré, quel sera notre moyen de prédi-

lection ? Empressons-nous de dire que nous ne pouvons nous rallier à un procédé unique : il n'existe pas en effet de moyen spécifique pour provoquer l'accouchement ; par conséquent la méthode à appliquer variera suivant les cas. Une statistique comparative des procédés est difficile à établir. « Cette manière de juger, dit Stoltz (1), est par trop décevante ; elle conduit continuellement à des erreurs. Le chiffre brut, la chose invariable, la moyenne, ne conviennent pas pour apprécier l'organisme humain, essentiellement variable. Chaque cas offre ses particularités, qui échappent au calcul. »

Dans les hémorrhagies, le tamponnement sera plus particulièrement indiqué ; l'hydramnios sera plutôt justiciable du décollement des membranes, etc. Mais, dans la plupart des cas, et pour les raisons indiquées plus haut, c'est l'introduction d'une sonde élastique ou d'une bougie, ce que l'on appelle la méthode de Krause, qui, à notre avis, mérite généralement la préférence (Schröder). Une fois le travail mis en train, la dilatation du col par le procédé de Barnes pourra rendre de grands services.

Nous concluons donc avec M. Tarnier (2) :

» 1° Nous emploierons de préférence le *décollement des membranes* toutes les fois que l'orifice pourra être franchi.

» 2° Nous aurons recours à la *dilatation du col* quand l'orifice interne offrira un obstacle insurmontable à l'introduction des instruments.

» 3° *L'excitation de la périphérie du museau de tanche* sera notre dernière ressource quand les deux méthodes précédentes seront impraticables. »

---

(1) Stoltz. Nouv. Dict. de méd. et chir. prat., t. I, p. 308.

(2) Tarnier, In Cazeaux, loc. cit., p. 1066.

## OBSERVATIONS

---

### Observation Première

#### PERSONNELLE

Bassin uniformément rétréci. — Accouchement prématuré provoqué au milieu du huitième mois. — Bains, sonde de Krause, dilatation de Barnes, irrigations chaudes. — Expulsion spontanée d'un fœtus vivant après cinq jours de travail. — Suites de couches très favorables, à part quelques poussées de lymphangite mammaire. — Survie de l'enfant.

T. T..., 49 ans, sans profession, entre le 16 février 1886, dans le service de M. le professeur L. Dumas, au sixième mois de sa première grossesse.

Cette jeune fille, d'une constitution délicate et d'un tempérament lymphatique, est de petite taille, ne mesurant que 1<sup>m</sup>42, et ne présente pas extérieurement de vice de conformation appréciable.

On note l'aliénation mentale dans ses antécédents héréditaires. Ses antécédents personnels sont les suivants : Chorée dans son enfance, anémie, nervosisme, palpitations de cœur, quelques manifestations rhumatismales légères.

Elle a été réglée à dix ans et demi ; les menstrues ont toujours été très régulières et peu abondantes, durant deux jours ; quelques pertes blanches survenaient dans leur intervalle.

Les règles ont apparu pour la dernière fois le 16 août 1885 ; elles n'ont présenté aucune modification ni de quantité ni de coloration.

L'intéressée est persuadée qu'elle est enceinte depuis le 29 août. Les premiers mouvements actifs du fœtus ont été perçus pour la première fois vers la fin de décembre.

L'histoire de la grossesse ne présente pas de particularités saillantes

sauf un peu d'essoufflement, quelques palpitations, un léger œdème des extrémités, tout autant de phénomènes mécaniques que l'état nerveux et l'anémie de la jeune femme ont contribué à exagérer. Quant aux pertes blanches, habituelles avant la grossesse, elles se sont exceptionnellement supprimées pendant le cours de celle-ci.

Le 16 février, au moment de son entrée, on constate l'état suivant : La grossesse, en s'en rapportant aux calculs habituels, court son sixième mois ; les mouvements du fœtus sont perçus par la femme dans la fosse iliaque droite ; l'abdomen est fort incliné à droite, il est sensible au palper ; l'utérus remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. A la palpation, on constate une très grande mobilité du fœtus, dont il n'est par conséquent pas nécessaire de déterminer la présentation et la position. Au toucher on trouve une vulve étroite, sensible, dans laquelle le doigt ne pénètre qu'avec difficulté et en provoquant une vive douleur ; le col de l'utérus est long et ramolli seulement dans une partie de son étendue ; on n'arrive à sentir ni la tête ni le promoteur.

En pratiquant ces manœuvres on s'aperçoit que les mouvements d'abduction des cuisses sont très limités. Cette constatation attire aussitôt l'attention du côté du bassin.

A la simple inspection celui-ci ne présente rien d'anormal.

Les mensurations, pratiquées avec le compas de Baudelocque, donnent les résultats suivants :

|                                                     |    |      |
|-----------------------------------------------------|----|------|
| Diamètre compris entre les deux épines iliaques     |    |      |
| antéro-supérieures .....                            | 22 | cm 2 |
| Diamètre compris entre les deux crêtes iliaques.... | 24 | 2    |
| Diamètre de Baudelocque.....                        | 19 | »    |
| Diamètre bi-ischiatique.....                        | 41 | 5    |
| Hauteur du bassin.....                              | 19 | »    |
| Diamètre coccy-pubien.....                          | 41 | 5    |
| Diamètre bi-trochantérien.....                      | 29 | »    |

De ces mensurations il résulte qu'on se trouve en présence d'un bassin uniformément étroit, mais que le rétrécissement, évidemment de nature à mettre obstacle à l'accouchement à terme, permet de retarder l'intervention obstétricale jusqu'au moment où le fœtus sera viable. En conséquence, M. le professeur L. Dumas décide de pratiquer

l'accouchement prématuré provoqué dans les premiers jours d'avril, alors que l'enfant sera entré dans son huitième mois.

Le 1<sup>er</sup> avril, la tête est moins mobile, l'utérus remonte à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Avant de provoquer l'accouchement, on administre à la femme, à deux jours d'intervalle chaque fois trois bains tièdes d'une heure, avec un spéculum fenêtré dans le vagin, pour le faire participer, ainsi que le col de l'utérus, à la balnéation générale.

Le 8 avril, on détermine la position du fœtus, qui se trouve à ce moment en O. I. G. A. ; puis à 10 heures du matin, M. L. Dumas procède à l'introduction d'une sonde de Krause assez rigide, armée d'un mandrin. La pénétration de la sonde dans le col est assez facile, malgré la direction oblique du col, dont l'orifice se trouve assez loin en arrière ; l'opérateur introduit l'index de la main gauche dans la cavité cervicale jusqu'à l'orifice interne, arrive à toucher les membranes, et pousse avec la main droite la sonde armée du mandrin sur le doigt conducteur. Dès que la sonde se trouve engagée entre les membranes et la paroi utérine, le mandrin est retiré et la sonde élastique engagée plus profondément. A ce moment la longueur du col est de 3 cent. et demi ; il est ramolli dans une grande partie de son étendue.

Dans le courant de la journée, quelques contractions utérines se font sentir ; la femme éprouve des douleurs lombaires ; aucun écoulement ne se produit. Un bain tiède prolongé est administré. La sonde tombe et est remplacée à plusieurs reprises.

Le lendemain, 9 avril, à 10 heures du matin, la sonde est enlevée. L'orifice du col utérin a subi un changement de position notable ; il est reporté très haut, en arrière et à gauche, et difficilement accessible au doigt explorateur. Pendant l'examen on constate une contraction utérine très manifeste.

Le toucher est moins douloureux que dans les séances antérieures, car on a eu soin, pour calmer l'hyperesthésie vulvaire, de badigeonner la vulve avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au cinquantième.

La femme, reconnaissant ne pas être allée du corps depuis deux jours, un lavement de glycérine débarasse le rectum.

A 2 h. 1½ du soir, on introduit une nouvelle sonde munie d'un mandrin ; le col est devenu beaucoup plus accessible, grâce à l'exonération rectale ; 15 centimètres de sonde pénètrent cette fois entre

l'utérus et les membranes. L'introduction de l'instrument ne provoque qu'une légère douleur au niveau du fond de l'utérus.

Vers 5 heures, il s'écoule par la vulve quelques gouttes de sang ; on perçoit quelques contractions à des intervalles éloignés. La femme ne ressent aucune douleur au niveau de l'abdomen, mais éprouve quelques douleurs lombaires.

A 8 h. 1½ du soir, la femme dort ; une très petite quantité de sang continue à s'écouler. L'épaisseur du col semble avoir un peu diminué ; en tout cas, il est manifestement ramolli. La sonde n'est pas tombée ; on la laisse en place toute la nuit.

Le 10 avril, la jeune femme repose d'un sommeil calme jusqu'à 3 heures du matin ; puis, jusqu'à 5 heures, elle éprouve des douleurs violentes et fréquemment répétées au niveau des reins et de l'abdomen. La sonde descend peu à peu et tombe à 8 heures, au moment où la malade se lève.

A 10 heures du matin, le col est très mou, un peu abaissé, fort en arrière et à gauche ; la dilatation égale environ le diamètre d'une pièce d'un franc. M. L. Dumas peut introduire deux doigts dans l'orifice interne ; la longueur du col est de 2 centimètres et demi environ. Les contractions utérines sont peu fréquentes, mais prolongées.

Le professeur introduit une nouvelle sonde de Krause et la fait pénétrer de 15 centimètres environ, sans douleur aucune, entre la lèvre postérieure et les membranes ; au moment de l'opération quelques gouttes de sang s'écoulent par la sonde. Craignant de déterminer une hémorrhagie plus abondante, l'opérateur cesse d'enfoncer l'instrument et lie la sonde à son extrémité libre pour arrêter l'écoulement sanguin.

Des douleurs lombaires intenses surviennent dans les premières heures de l'après-midi ; un calme relatif leur succède.

A 2 heures et demie, M. L. Dumas constate que la sonde est en place. Sans la déplacer il fait pratiquer une irrigation de deux heures avec l'eau à 48°. La canule du siphon irrigateur est poussée à côté de la sonde jusque dans le cul-de-sac vagino-utérin ; le débit du liquide est lent et continu. Il en résulte un soulagement notable des douleurs de reins et un certain amollissement du cervix.

A 8 heures et demie du soir, même état ; la sonde ne s'est pas déplacée ; les contractions utérines ne se rapprochent pas.

Le 11 avril, à 2 heures du matin, se produit une recrudescence des douleurs lombaires ; puis la malade s'endort.

A 8 heures du matin, au moment où elle s'habille, la sonde se déplace.

A 9 heures, on trouve le col très ramolli ; il reste encore épais d'environ 1 centimètre et demi ; la dilatation dépasse le diamètre d'une pièce de deux francs ; le col se contracte encore, mais permet, même pendant les contractions, l'introduction, de deux doigts.

On fait pénétrer sur le conducteur de Tarnier un dilatateur de Barnes de petit calibre ; des douleurs assez violentes et des contractions successives sont provoquées par cette introduction. Le dilatateur est gonflé avec 50 grammes d'eau ; son segment supérieur est placé entre la lèvre antérieure du col et la poche des eaux (il est à remarquer que jusqu'ici la sonde avait été placée au-dessus de la lèvre postérieure) ; le segment inférieur est libre au-dessous du museau de tanche. On recommande à la patiente de garder l'immobilité et le décubitus dorsal.

A 1 heure de l'après-midi, la femme est calme ; elle a déjeuné de bon appétit ; les douleurs sont légères et espacées ; le dilatateur se maintient.

A 3 heures, M. L. Dumas place un second dilatateur, plus volumineux, pour remplacer le premier, qui vient de tomber. Les deux segments de l'appareil de Barnes sont enfoncés entre la lèvre antérieure et la poche des eaux, qui commence à bomber, de sorte que le segment supérieur ne risque plus de se vider dans le segment inférieur ; toute l'action expansive de l'instrument sera donc utilisée pour favoriser la dilatation. Le dilatateur est gonflé avec 70 grammes d'eau tiède ; deux ou trois contractions énergiques se produisent pendant l'opération ; il s'écoule en outre quelques glaires sanguinolentes.

Le col se contracte de nouveau ; il a encore la même épaisseur que le matin, mais il est plus dilaté ; la dilatation s'approche du diamètre d'une pièce de 5 francs. Le dilatateur, dans sa situation nouvelle, ramène fortement en avant l'orifice du col, dévié, comme nous l'avons vu, en arrière et à gauche. Un bain tiède d'une heure suit l'application du dilatateur ; ce bain ne parvient pas à calmer les douleurs lombaires, qui commencent à acquérir une violence marquée.

A 5 heures, les douleurs de reins sont devenues encore plus intenses : les contractions utérines, qui naguère se produisaient tous les quarts d'heure, reviennent toutes les cinq minutes.

A 8 heures et demie du soir, le dilatateur tombe, et les douleurs

s'atténuent quelque peu. Le col, dont l'orifice un peu plus dilaté revient aussitôt en arrière, est mou ; il a encore une certaine épaisseur. La tête paraît abaissée, mais elle est encore très mobile et ballotte au toucher.

La patiente souffre beaucoup jusqu'à minuit ; à partir de ce moment l'acuité des douleurs diminue un peu jusqu'au matin ; l'insomnie est pourtant complète.

Le 12 avril, à 9 heures du matin, l'orifice du col est encore dévié ; la dilatation n'a pas fait de progrès, mais le col est plus mou, moins épais et se ramène facilement en avant. On introduit un dilateur de Barnes, que l'on charge avec 100 grammes d'eau ; cette introduction est moins douloureuse que les précédentes.

Toute la matinée les souffrances de la parturiente s'accroissent ; des contractions énergiques se succèdent toutes les cinq minutes.

A 2 heures et demie de l'après-midi, le dilateur tombe ; ce fait correspond à une dilatation de 6 centimètres de diamètre. Le col, dont l'orifice est revenu dans l'axe, est très mou, dépressible ; il a moins de 1 centimètre d'épaisseur. La poche des eaux est fermée et bombe pendant les contractions.

Les douleurs, d'une violence extrême, se calment un peu après la chute du dilateur ; les contractions persistent néanmoins.

L'utérus étant très oblique à droite, une épaisse couche d'ouate est appliquée sur son bord droit et un bandage de corps un peu serré le ramène sur la ligne médiane. La femme se recouche ensuite et se maintient dans le décubitus latéral gauche.

A 8 heures du soir, les douleurs lombaires reparaissent, violentes et persistantes.

Le col est dans le même état ; son orifice est resté sur la ligne médiane, c'est-à-dire ne s'est pas dévié à gauche, mais s'est reporté quelque peu en arrière ; la dilatation semble augmentée ; la poche des eaux bombe. Le bandage de corps, un peu relâché, est fortement serré de nouveau.

Pendant toute la soirée les douleurs persistent ; elles se reproduisent toutes les quatre ou cinq minutes. La patiente a le facies animé, les pommettes congestionnées, les lèvres sèches ; elle émet des plaintes continuelles ; les seins lui causent des élancements douloureux.

Le 13 avril, la nuit a été pénible, l'insomnie complète ; les con-

tractions sont un peu moins fréquentes, mais plus intenses et plus durables.

A 10 heures du matin, le col est encore aminci, l'orifice est médian ; la tête est entièrement descendue dans l'excavation.

M. L. Dumas prescrit pendant deux heures des irrigations chaudes, le jet devant porter alternativement sur la lèvre antérieure et la lèvre postérieure du col. L'irrigation est très difficile à pratiquer, car la femme lui attribue les douleurs intolérables qu'elle éprouve.

A midi et demi, le col est entièrement effacé au niveau de l'orifice, il ne se contracte plus ; la poche des eaux bombe fortement pendant les contractions ; la dilatation dans l'intervalle de ces dernières dépasse le diamètre d'une pièce de 2 francs. La tête est encore descendue ; les contractions reviennent toutes les cinq minutes.

L'état nerveux est prononcé ; par moments il va jusqu'au délire. L'état général faisant indication, une potion est prescrite avec :

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| Bromure de potassium.....     | 4 gr.     |
| Chloral.....                  | 4 gr.     |
| Liqueur d'Hoffmann.....       | XX goutt. |
| Sirop de fleur d'oranger..... | 30 gr.    |
| Eau de tilleul... ..          | 90 gr.    |

Un lavement à la glycérine est administré.

A 3 heures et quart, le col est mou, médian, effacé ; la dilatation égale la dimension d'une pièce de 5 francs dans l'intervalle des contractions.

A 4 heures, la dilatation a encore augmenté ; il ne reste plus que 2 centimètres de col environ à dilater. La malade a conscience de l'engagement du fœtus ; elle commence à éprouver quelques épreintes. Les contractions se rapprochent ; le pouls est à 120 pulsations.

A 6 heures et quart, la dilatation dépasse l'étendue de la paume de la main ; le restant du col est encore un peu épais. Les contractions se soutiennent, l'état nerveux est le même, les épreintes se multiplient.

A 8 heures du soir, les douleurs lombaires se sont atténuées depuis une demi-heure environ et ont fait place à des efforts d'expulsion ; la lèvre postérieure n'est plus abordable, par suite de son refoulement en arrière par l'engagement de la tête ; la lèvre antérieure a encore,

4 centimètre et demi de largeur. La poche des eaux est très tendue, sa surface est irrégulière.

A 8 heures trois quarts, la poche des eaux se rompt et donne issue à une grande quantité de liquide citrin. Aussitôt la tête descend et, en trois ou quatre minutes, arrive à la vulve, entraînant avec elle la lèvre antérieure du col, que le professeur réduit facilement dans l'intervalle de deux contractions.

Les contractions se précipitent et, à 8 heures 55 minutes, le fœtus est expulsé en position occipito-pubienne. La dilatation prœfœtale sauvegarde le périnée, l'anneau vulvaire seul est un peu déchiré ; le tronc se dégage sans encombre une minute après la tête.

Le cordon n'est lié que cinq minutes après l'expulsion. Aussitôt après sa ligature, la délivrance par expression est pratiquée suivant la méthode de Crédé. L'utérus revient facilement sur lui-même ; l'hémorrhagie est presque nulle. La femme est transportée dans son lit et s'endort immédiatement.

*L'enfant*, une fille, est bien conformée, mais de petite taille ; elle vient au monde un peu faible (attonita), mais se remet rapidement, grâce à quelques flagellations et à l'introduction du doigt dans le pharynx. Son développement répond à celui d'un enfant de 7 mois et demi de vie intra-utérine ; elle pèse 2,010 grammes.

Le chevauchement des pariétaux est très marqué, et on constate une différence notable de niveau entre les os qui contribuent à former la fontanelle antérieure ; il n'existe pas de bosse sanguine.

La tête est très ovoïde, ses diamètres aussitôt après l'accouchement sont :

|                                               |                   |
|-----------------------------------------------|-------------------|
| D. Occipito-frontal (O. F.) .....             | 9 <sup>cm</sup> 6 |
| D. Occipito-mentonnier (O. M.) .....          | 11 »              |
| D. Sous-occipito-bregmatique (So.-O. Br.) ... | 8 » 4             |
| D. Bi-pariétal (B. P.) .....                  | 8 » 1             |
| D. Bi-temporal (B. T.) .....                  | 6 » 4             |
| D. Maximum de Budin (Sus-O. M.) .....         | 11 » 6            |

Dès que l'examen est terminé, la fillette est portée dans une couveuse de Tarnier, dont la température est maintenue à 30°.

L'état des annexes est le suivant :

Le cordon est gras, tordu, sans nodosité ; il présente une longueur de 50 centimètres et une insertion excentrique.

Le placenta affecte la forme circulaire ; il a 15 centimètres de diamètre ; son poids est de 390 grammes. On retrouve sur un point de sa périphérie la trace de la sonde, dont la pénétration avait donné lieu à un écoulement sanguin au début des opérations. On constate sur les bords du placenta plusieurs îlots plus fibroïdes que le restant de la masse placentaire et, sur les membranes, au voisinage du délivre, un de ces noyaux fibreux, blanchâtres et d'aspect cicatriciel.

Les membranes sont épaisses et très résistantes.

Considérons maintenant les suites de l'accouchement, au point de vue de la mère d'abord, ensuite au point de vue de l'enfant.

*Suites de couches.* — Après la délivrance la mère dort dix heures de suite. Au réveil, elle se plaint seulement de la vulve, qui est d'ailleurs intacte, et de quelques contractions utérines. La température est à 36°, le pouls à 80 pulsations. La femme accuse de la lassitude et un endolorissement général.

Le soir, la température est à 36°3, le pouls à 96 pulsations.

Les suites de couches sont excellentes ; il ne se produit pas la moindre complication au niveau des organes pelviens ; l'écoulement sanguin est très peu abondant et cesse complètement le cinquième jour.

L'attention est attirée au contraire plusieurs fois du côté des seins. La mère a désiré allaiter son enfant jusqu'au moment de le mettre en nourrice, et elle sécrète une énorme quantité de lait. A diverses reprises on note un engorgement des seins, des ulcérations du mamelon gauche. Ces accidents sont combattus avec succès par la pommade au tannin, des cataplasmes, des frictions à l'huile de camomille camphrée, et surtout par l'application d'un bandage de corps embrassant le thorax au niveau des seins, plus serré à la partie inférieure qu'à la partie supérieure, recouvrant une notable quantité de coton et soutenant les seins à la façon d'un corset.

La jeune femme se lève le 27 avril, quatorze jours après l'accouchement.

Le 5 mai, elle sort pour la première fois et se promène durant plusieurs heures en portant son enfant sur le bras.

Le lendemain, 6, elle se sent brisée ; la température est à 39°, le pouls est fréquent, les pommettes sont rouges, les yeux brillants, la langue est blanche, le ventre un peu douloureux, et il existe de l'anorexie, une céphalalgie intense.

Il se produit une lymphangite sous mammaire très marqué du côté

gauche. On emploie des cataplasmes, de l'huile camphrée, le bandage contentif.

Dans la matinée du 7, la température est à 39°. L'état général est le même que celui de la veille. La partie enflammée s'est un peu indurée. Les douleurs abdominales sont purement sympathiques, car il n'est pas possible de découvrir d'altération ni au niveau de l'utérus ni dans son voisinage. On fait usage d'onguent mercuriel belladonné, de cataplasmes.

Le soir, la température est à 40°.

Le 8, la température est descendue à 37°7.

La malade est gaie, elle se sent bien ; la céphalalgie a disparu, les seins sont moins douloureux.

Le 9, un frisson violent survient à 11 heures du matin ; il dure une heure et demie ; le thermomètre, appliqué à plusieurs reprises dans le courant de l'après-midi, donne chaque fois une température de 40°2. Une violente poussée de lymphangite existe cette fois du côté du sein droit, qui est engorgé et très douloureux ; la céphalalgie est intense, la langue sale. On pratique des frictions à l'onguent napolitain et l'on applique des cataplasmes et le bandage contentif.

Le soir, la fièvre persiste, mais la céphalalgie a diminué ; la malade se sent mieux.

Le 10, la température est redevenue à peu près normale, elle est à 37°5 ; la céphalalgie a disparu ; la gaieté et l'appétit sont revenus ; la rougeur et l'engorgement du sein n'existent plus. Une purgation est donnée.

Le 11, l'état de la mère est tout à fait bon ; elle se lève dans l'après-midi, toujours munie de son appareil contentif.

*Etat de l'enfant.* — Au moment de la naissance l'enfant, bien que petit, pesant seulement 2,010 gr., est vivace et bien conformé. Il trouve chez sa mère, au point de vue des soins et d'une riche alimentation, tous les éléments nécessaires pour atteindre dans de bonnes conditions l'époque du terme encore éloigné d'un mois et demi.

Installé dans une couveuse artificielle de Tarnier, maintenue par des bouillottes à la température constante de 30°, il passe les premières semaines dans une atmosphère chaude et humide.

Des pesées sont pratiquées fréquemment et donnent les résultats suivants :

|                                                |          |
|------------------------------------------------|----------|
| Poids le jour de l'accouchement, 13 avril..... | 2010 gr. |
| le lendemain..... 14 — .....                   | 1990 —   |
| le 3 <sup>e</sup> jour..... 15 — .....         | 1940 —   |
| le 4 <sup>e</sup> — .....                      | 1930 —   |
| le 5 <sup>e</sup> — .....                      | 1880 —   |
| le 6 <sup>e</sup> — .....                      | 1860 —   |
| le 7 <sup>e</sup> — .....                      | 1930 —   |
| le 8 <sup>e</sup> — .....                      | 1940 —   |
| le 9 <sup>e</sup> — .....                      | 2000 —   |
| le 10 <sup>e</sup> — .....                     | 2100 —   |
| le 12 <sup>e</sup> — .....                     | 2240 —   |
| le 20 <sup>e</sup> — .....                     | 2320 —   |
| le 25 <sup>e</sup> — .....                     | 2400 —   |

L'enfant est emporté à la montagne le 7 mai, trois semaines environ avant l'époque du terme, en parfait état de santé.

## Observation II (1)

(RÉSUMÉE)

Accidents gravido-cardiaques. — Accouchement prématuré artificiel. —  
Résultat favorable pour la mère.

Une multipare (sixième grossesse) de 36 ans, fut atteinte, après sa quatrième grossesse, de signes fonctionnels d'une *affection cardiaque* dépendant d'un rhumatisme.

La cinquième grossesse se termina sans encombre; mais des troubles graves survinrent dans le cours de la sixième (œdèmes multiples, hémoptysies, congestions pulmonaires, palpitations, dyspnée intense), et obligèrent M. L. Dumas à réaliser l'accouchement prématuré artificiel au début du huitième mois de la grossesse.

(1) Compte-rendu de la clinique obstétricale de Montpellier de 1879, par M. L. Dumas, in Montpellier médical de 1880.

La sonde de Krause fut mise à demeure le 20 mai à 5 heures du soir, et le 22 à 10 h. 35 m. du soir, la femme accouchait d'un enfant vivant, qui mourut au bout de quelques minutes, après avoir fait quelques efforts d'inspiration.

L'enfant pesait 1,420 gram.; le travail avait duré cinquante-quatre heures à dater du moment de l'introduction de la sonde.

La femme se rétablit après une aggravation passagère des accidents cardio-pulmonaires.

### Observation III (1)

(RÉSUMÉE)

Rachitisme. — Rétrécissement asymétrique du bassin. — Accouchement prématuré provoqué. — Version podalique. — Guérison de la mère.

J. M..., multipare, rachitique, accouchée artificiellement une première fois à Bâle en 1880, accouchée spontanément avant terme en 1884 à Montpellier, présentait un *bassin rétréci* dont les diamètres étaient les suivants :

|                                                              |      |       |
|--------------------------------------------------------------|------|-------|
| Entre les épines iliaques.....                               | 0,25 | cm    |
| Entre les crêtes iliaques.....                               | 0,24 | »     |
| Diamètre de Baudelocque.....                                 | 0,13 | » 1[4 |
| Diamètre conjugué diagonal.....                              | 0,09 | » 1[2 |
| De l'épine iliaque ant. sup. droite à la post.-sup. gauche.. | 0,19 | »     |
| — — gauche — droite..                                        | 0,17 | »     |

Vers le milieu du huitième mois, M. le professeur L. Dumas introduit, le 13 novembre 1885, à 10 heures du matin, une sonde élastique entre l'utérus et les membranes; le travail se déclare dans l'après-midi. Le lendemain 14, à 9 heures du soir, le col est assez dilaté pour que M. L. Dumas puisse pratiquer la version par manœuvres internes, le fœtus se présentant par l'épaule.

(1) Compte-rendu de la clinique obstétricale de Montpellier de 1886, par M. le Dr Guinier, in Montpellier médical de 1887.

L'extraction de la tête est des plus pénibles; le pariétal gauche est fracturé; l'enfant ne peut être ranimé. Le travail a duré trente-cinq heures.

Les diamètres de la tête sont les suivants :

|                |       |
|----------------|-------|
| O. F.....      | 9 cm. |
| O. M.....      | 10 »  |
| So.-O. Br..... | 8 » 3 |
| B. P.....      | 7 »   |
| B. T.....      | 6 » 3 |

Suites des couches normales de la femme, qui, seize jours, après quitte l'hôpital sans avoir présenté la moindre complication.

#### Observation IV (1)

(RÉSUMÉE)

Bassin aplati rachitique. — Accouchement prématuré provoqué.  
Application du forceps.—Guérison de la mère.

M. G..., primipare, 25 ans, présentant un *bassin aplati rachitique*, un diamètre antéro-postérieur de 7 centimètres et un diamètre conjugué diagonal de 8 centimètres, entre à l'hôpital en décembre 1885.

Au début du huitième mois, le 29 décembre, à 9 heures 30 minutes du matin, une sonde de Krause est enfoncée à 8 centimètres dans l'utérus en dehors des membranes. Dans la soirée le travail se déclare. Le surlendemain, des dilateurs de Barnes de volume progressivement croissant peuvent être introduits. Le fœtus est extrait au forceps, le 1<sup>er</sup> janvier 1886, à 3 heures 30 minutes du matin, après un travail dont la durée avait été de soixante-six heures.

L'enfant pèse 1,810 grammes; le pariétal droit est notablement aplati; les diamètres de la tête sont les suivants :

(1) Compte-rendu de la clinique obstétricale de Montpellier de 1886, par M. le Dr Guinier. In Montpellier médical de 1887.

|                                       |        |
|---------------------------------------|--------|
| O. F..                                | 9 c.m. |
| O. M..                                | 9 » 8  |
| So.-O. Br.                            | 8 » 3  |
| B. P..                                | 6 » 8  |
| B. T..                                | 6 » 4  |
| Diamètre maximum de Budin, Sus-O. M.. | 10 » 4 |

Cet enfant, d'aspect très chétif au moment de la naissance, est placé dans une couveuse artificielle chauffée à 30°; il s'émacie de jour en jour, devient ictérique, présente des abcès et meurt très amaigri, le dix-septième jour.

Aucune complication ne se produit du côté de la mère, qui après l'accouchement est très calme, et qui sort bien portante dans les délais ordinaires.

---

### III. *Suites de couches et soins consécutifs.*

L'accouchement prématuré provoqué surprend la mère et l'enfant, à un moment où ils n'ont pas complètement atteint les aptitudes physiologiques qui auraient amené la première à accoucher spontanément, le second à offrir tous les attributs d'un être mûr pour l'existence. Une provocation, prudente et rationnelle de l'accouchement artificiel permet à la femme de ne pas se ressentir de la mise en jeu précoce des fonctions post-puerpérales; vis-à-vis du fœtus, le rôle de l'accoucheur sera plus important encore à bien remplir. Le résultat final de l'accouchement prématuré provoqué, pouvons-nous dire avec M. L. Dumas, ne diffère pas de celui de l'accouchement normal, *pourvu que les soins consécutifs ne soient pas négligés.*

Le pronostic de l'accouchement prématuré provoqué est relativement bénin: sur 225 faits réunis dans la thèse de Lacour, 152 fois l'enfant a vécu; 73 étaient morts au mo-

ment de la naissance. Sur 176 mères dont la mort a été notée, 11 sont mortes des suites de l'opération (il est à remarquer que ces femmes venaient généralement à l'hôpital dans de mauvaises conditions physiologiques et avec un bagage restreint de forces radicales); elles ont succombé à la péritonite, la rupture utérine, la phlébite, etc. Il est certain qu'aujourd'hui, avec les ressources antiseptiques et l'aménité relative des procédés chirurgicaux actuels, la statistique des cas malheureux serait bien moins chargée.

M. Wasseige donne, dans sa thèse, les proportions de décès suivantes : une mort sur trente-neuf cas pour les mères, un tiers de morts pour les enfants.

I. SUITES DE COUCHES.—La *délivrance* est habituellement plus lente après l'accouchement provoqué qu'après l'accouchement spontané. Oslander insiste sur sa difficulté et déclare qu'elle s'accompagne fréquemment de pertes abondantes; presque tous les anciens auteurs insistent sur ce fait que la rétention du placenta se produit bien souvent une fois l'expulsion accomplie; Ritgen dans sa statistique portant sur 33 faits, n'en a pourtant constaté aucun cas. Quoi qu'il en soit, c'est ici le lieu, plus que partout ailleurs, d'éviter les tractions, et de pratiquer la délivrance par expression, suivant la méthode de Crédé.

Merriman et Siebold signalent une *fièvre* qui surviendrait chez l'accouchée, et débiterait même dans le cours du travail; les autres auteurs n'ont pas confirmé cette donnée clinique.

La longueur du travail n'est pas sans produire de fâcheux effets sur le *système nerveux*; à l'accoucheur de le prévoir, et de les combattre lorsqu'ils se seront produits.

Quant aux autres *complications* de l'accouchement prématuré provoqué, ce sont les mêmes que celles qu'on voit survenir après la délivrance à terme. Capuron, Gardien, Velpeau,

ont prétendu que la péritonite, les hémorrhagies, les convulsions, le squirrhe, l'ulcère, le cancer, sont plus fréquents dans le premier cas ; ils ont souvent confondu, comme nous l'avons dit, l'accouchement provoqué avec l'accouchement forcé.

Comparé aux autres opérations obstétricales, l'accouchement prématuré provoqué donne certainement les résultats les plus favorables ; il suffit pour s'en rendre compte de les comparer à ceux de la symphyséotomie par exemple, autrefois l'intervention de choix dans les cas de rétrécissement du bassin.

On s'est demandé si la mère accouchée artificiellement avant terme est apte à *nourrir* son enfant. La clinique a démontré que, dans presque tous les cas, la poussée du lait s'est produite normalement vers la fin du troisième jour. « L'expérience, dit Barnes (1), a prouvé que l'organisme est parfaitement capable de remplir la tâche que nous allons lui imposer à la fin du septième mois. Comme Tyler Smith l'a si bien dit dans sa magnifique formule du cercle génésique, nous voyons, quant nous mettons un terme à la grossesse, les mamelles entrer en travail, faire du lait pour nourrir l'enfant, et l'utérus, déchargé de son fardeau, subir l'involution. Ces fonctions s'exécutent presque aussi bien après l'accouchement prématuré qu'à l'état normal. »

L'allaitement sera contre-indiqué, comme après l'accouchement spontané, dans tous les cas où il est susceptible d'accroître une lésion existante, ayant déjà subi du fait de la grossesse une certaine aggravation (cardiaques, phtisiques, etc.).

Il est à remarquer enfin, au point de vue de la mère, que la provocation de l'accouchement, surtout si elle est répétée à plusieurs reprises, crée chez elle une espèce d'habitude qui, dans les grossesses suivantes, peut se traduire par l'accouchement prématuré spontané. Ainsi Barlow rap-

(1) Barnes. Leçons sur les opérations obstétricales, trad. par Cordes, 1873, p. 343.

porte le fait d'une dame qui, délivrée quatre fois avant terme, accoucha spontanément à la même époque dans une cinquième grossesse.

II. SOINS A DONNER A L'ENFANT. — L'enfant venu avant terme, que son expulsion précoce ait eu lieu spontanément ou ait été provoquée, est faible ; il faut donc le mettre dans des conditions favorables pour parvenir, au milieu des conditions extérieures, au terme qu'il était destiné à attendre dans le sein de sa mère. Il sera d'autant plus faible et d'autant moins résistant, qu'il verra le jour à une époque plus éloignée de celle que la nature lui avait assignée ; d'où ce précepte de retarder le plus longtemps possible la provocation de l'accouchement. Il ne faudrait pas cependant tomber dans un excès opposé et attendre, pour intervenir, que le fœtus ne fût plus à même de traverser sans dommage la filière pelvienne. C'est pour être tombé dans cet excès regrettable qu'on trouve dans une statistique anglaise les chiffres suivants : sur 90 enfants, 48 sont venus au monde vivants, 42 étaient morts ; tandis que la statistique de Lacour donne 152 enfants vivants et 73 morts. Il existe entre ces deux dénombrements une relation du simple au double quant au chiffre des survies, et cela tient à la différence des indications admises en France et en Angleterre. Il faut, si l'on peut ainsi s'exprimer, opérer le plus tard possible, mais à temps.

Immédiatement après l'expulsion du fœtus, il sera bon, plus que dans toute autre circonstance, de mettre en pratique le principe formulé par M. Budin (1), à savoir qu'il est indispensable de faire la *ligature tardive* du cordon

(1) Budin. Obstétrique et gynécologie ; Recherches cliniques et expérimentales.

et de laisser profiter l'enfant de tout apport sanguin, quelque minime qu'il soit.

Si l'enfant naît asphyxié ou en état de mort apparente, on mettra en usage les divers moyens indiqués par les classiques : flagellation, respiration artificielle, courants induits, etc.

M. Tarnier, dans les prescriptions qu'il formulait il y a quelques années, engageait à protéger minutieusement contre le froid et les agents extérieurs, par une série de moyens qu'il indiquait (coton, bouteilles d'eau chaude, etc.), les produits nés avant terme. L'enfant n'étant pas à même de prendre le sein, il conseillait en outre de le nourrir avec du lait de femme (douze à quinze prises par jour, de deux ou trois cuillerées à café chacune), et d'augmenter progressivement la quantité du lait ingéré, jusqu'à ce que l'enfant fût assez vigoureux pour se servir lui-même.

Aujourd'hui, grâce au génie de l'homme qui personnifie en France l'art de l'obstétrique, nous sommes en possession d'un moyen qui remplit à l'endroit du fœtus toutes les indications hygiéniques, et lui permet d'attendre dans un utérus factice le terme de sa viabilité : nous voulons parler de la *couveuse artificielle* de M. Tarnier.

Le 21 juillet 1885, M. Tarnier a fait, à l'Académie de médecine, une communication sur l'élevage des enfants nés avant terme ; il est persuadé que la combinaison de la couveuse artificielle et du gavage permettra d'élever des enfants nés même avant le septième mois. Tout récemment (mai 1887), M. Berthod, interne distingué de Paris, a fait de ces moyens le sujet de sa thèse inaugurale.

Nous ne dirons rien du second de ces moyens, au sujet duquel notre conviction n'est pas fixée par l'expérience ; quant à la couveuse, nous ne pouvons résister au désir d'en faire sommairement la description. C'est une caisse en bois, montée sur une petite table, et recouverte à sa partie supérieure

d'un couvercle mobile et vitré. L'enfant, emmaillotté, est déposé dans cette boîte sur un plan incliné formé par des couvertures. L'intérieur de la boîte est chauffé et maintenu à une température de 30 degrés centigrades, par une série de bouteilles en grès remplies d'eau chaude, déposées dans un double fond de la caisse, et que l'on peut changer à volonté. Des éponges suspendues dans la boîte maintiennent le même degré d'humidité. Quant à l'air, il se renouvelle par ventilation ascendante, grâce à une ouverture disposée à la partie inférieure de la boîte et à un ventilateur placé du côté opposé, aux environs du couvercle.

Toutes les fois qu'à la clinique obstétricale de Montpellier, un enfant naît faible ou avant terme, nous voyons qu'on ne manque pas de le placer dans la couveuse, avec grand bénéfice pour lui. « La mortalité, écrit M. Gerbaud (1), n'est pas excessive parmi nos nouveaux-nés ; nous devons cette amélioration incontestablement à l'emploi que nous avons fait souvent de la couveuse du professeur Tarnier. Grâce à cet appareil dont l'éloge n'est plus à faire, nous avons pu conserver beaucoup d'enfants chétifs que nous ne pouvions préserver que bien insuffisamment contre les rigueurs de l'hiver. »

La couveuse de M. Tarnier est, dès aujourd'hui, un instrument parfait ; rien ne peut l'égaliser pour la sauvegarde du fœtus, et elle réalise au plus haut degré, dans l'hygiène obstétricale, la méthode conservatrice, si en honneur dans la chirurgie moderne.

(1) Gerbaud. Compte-rendu de la clinique obstétricale de Montpellier, Montpellier médical, 1886.

## CHAPITRE IV

### L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Jusqu'à quel point la manœuvre dont nous venons de démontrer l'utilité et les nombreuses applications rationnelles est-elle conforme à la loi morale, et quels sont ses rapports avec la législation qui nous régit ?

Au siècle dernier, et même au début de ce siècle, on qualifiait durement l'accouchement prématuré provoqué : presque tous les auteurs y voyaient un « moyen contraire à la morale, à la religion et aux lois » ; c'était « un attentat contre les lois divines et humaines », un « crime » pour Baudelocque.

Sue (1), pour apprécier sa légitimité, engage à s'en rapporter aux casuistes et aux théologiens : « Il y a déjà longtemps que A. Petit a conseillé et fait pratiquer l'accouchement prématuré dans les cas de difformités des os du bassin. Il a même proposé à ce sujet des moyens dans le détail desquels ce n'est pas ici le lieu d'entrer, avec d'autant plus de raison, qu'il faudrait d'abord que les casuistes et les théologiens eussent décidé s'il est permis d'accélérer par art une fonction à laquelle la nature a assigné un terme fixe, et si l'on

(1) Sue le Jeune. Essai historique sur les accouchements, t. I, p. 606.

peut courir le risque de la vie certaine de l'enfant pour assurer celle de la mère. »

M. Waissettes (1) rapporte, dans sa thèse, que Finizzio (de Naples), pour se soustraire à la réprobation unanime, après une intervention de cette nature, dut recourir au pape, et reçut une autorisation solennelle de la Sacrée Pénitencerie du Saint-Siège.

Aujourd'hui la question morale est vidée depuis longtemps, à la satisfaction des accoucheurs, et personne ne songerait à incriminer au nom des lois divines celui qui, pour sauver deux êtres, devancerait le terme que la nature fixe à l'accouchement.

Mais, toujours à côté de la loi morale, et souvent par malheur en opposition avec elle, se trouve la loi civile.

Art. 317 du code pénal : Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violences, ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion.

La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi.

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu.

La qualité de médecin constitue donc une circonstance aggravante au cas de provocation d'avortement. Fodéré (2), dans un langage élevé, en donne la raison : « La loi, dit-il, punit plus rigoureusement, et avec juste raison, les médecins, chi-

(1) Waissettes. Thèse de Lyon, 1881.

(2) Fodéré. Traité de médecine légale, t. IV, p. 386.

rurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et herboristes qui se prêtent au crime de l'avortement, que la femme elle-même qui se fait avorter..... La femme a de terribles combats à livrer, de puissants intérêts à ménager. L'homme de l'art, au contraire, a commis un crime froidement. Sacrifiant au sordide intérêt sa propre dignité et celle de son état, il a fait servir pour détruire l'art tutélaire qu'il ne devait employer qu'à conserver. »

Nous venons de citer l'art. 317 qui prévoit et punit le crime d'avortement ; il semblerait au premier abord que ce fût superflu, et que pareille réglementation ne pût être discutée qu'à propos de l'avortement provoqué ; nous avons fait ressortir, en effet, dans notre introduction, la différence qui existe entre l'accouchement prématuré artificiel et l'avortement provoqué, différence tenant à l'état de viabilité ou de non-viabilité du fœtus.

Au point de vue médico-légal, il n'en est plus de même ; la viabilité du fœtus ne compte pas pour distinguer les deux modes d'intervention, en sorte que les deux opérations sont entièrement assimilables.

Qu'est-ce en effet que l'avortement au point de vue de la loi ?

Le Code pénal ne définit pas l'avortement, il se borne à en prévoir l'existence et à réglementer sa pénalité ; c'est à la doctrine et à la jurisprudence qu'il appartient de suppléer à cette lacune et de limiter ce qui est punissable.

L'avortement est défini par Tardieu (1) : « l'expulsion prématurée et violemment provoquée du produit de la conception, indépendamment de toutes les circonstances d'âge, de viabilité et même de formation régulière du fœtus. » — Pour M. Gari-

(1) Tardieu. Etude médico-légale sur l'avortement, 3<sup>e</sup> édit., Paris, 1888, p. 4.

mond (de Montpellier) (1), l'avortement est : « l'ensemble des actes morbides qui abrègent la durée normale de la grossesse par l'expulsion ou la mort du fœtus » ; et il définit l'avortement intentionnel : « la cessation prématurée et volontaire de la grossesse ou son interruption intentionnellement provoquée, avec ou sans apparition des phénomènes<sup>3</sup> expulsifs. » Quelles que soient les différences de détail, il résulte de ces définitions, à notre point de vue, qu'il y a avortement, c'est-à-dire acte prévu et puni par la loi criminelle, lorsque l'issue du fœtus est *provoquée* avant l'époque du terme.

Le législateur français, en opposition avec ce qui se passe dans certains pays, ne s'est nullement préoccupé des interventions obstétricales tendant à mettre un terme à la grossesse, dans un but thérapeutique, à une période quelconque de son évolution. Il semble donc que l'accoucheur qui provoque l'avortement ou l'accouchement avant terme doit tomber sous le coup de la loi, et expier par un châtiment terrible une intervention humanitaire.

Tous les médecins légistes se sont occupés de la question et l'ont à peu près résolue dans le même sens :

« Cette pratique (avortement ou accouchement prématuré), dit Fodéré, a cela de commun avec les moyens médicaux dits héroïques, excellents remèdes entre les mains d'habiles médecins, poisons entre celles des méchants et des ignorants : certes, il aurait fallu renoncer, dès l'origine de l'art de guérir, à l'usage des narcotiques et des végétaux âcres, à celui des préparations de cuivre, d'antimoine, de mercure, d'arsenic et autres, qui sont souvent si utiles, et même à un grand nombre d'opérations chirurgicales, s'il eût fallu être retenu par l'abus qu'on peut en faire hors de la sphère de l'art. »

Orfila, opposé en principe à l'accouchement provoqué en

(1) Garimond. Traité théorique et pratique de l'avortement considéré au point de vue médical, chirurgical et médico-légal, 1873.

1828, s'y rallie en 1836, et s'appuyant sur les travaux de Dézemeris et Paul Dubois, reconnaît qu'il est des cas où l'accouchement prématuré doit être provoqué dans un intérêt de conservation pour la mère et l'enfant.

« L'avortement prévu et puni par le Code, dit P. Dubois (1), l'avortement criminel, est un acte secret, coupable dans la pensée de celui qui l'exécute comme dans celle de la femme qui le sollicite ou le souffre ; l'avortement provoqué par art, au contraire, est une opération accomplie au grand jour, une opération qui ne peut blesser la conscience de celui qui l'exécute, ni celle de la femme qui s'y soumet, une opération, enfin, qui a pour but d'éviter un mal plus grand, de conserver l'une des existences compromises, celle assurément qui est la plus précieuse. Il est évident que l'article 317, relatif à l'avortement criminel, ne saurait s'appliquer à l'avortement pratiqué dans l'exercice régulier de l'art des accouchements. »

Pour Reisinger, l'accoucheur ne peut être appelé en justice pour avoir provoqué l'accouchement prématuré ; n'eût-il pas réussi, il pourrait réclamer les mêmes privilèges que les chirurgiens qui font tous les jours des opérations mille fois plus meurtrières, sans avoir autant de chances de succès.

Béjin, craignant que la nécessité d'un accouchement provoqué chirurgicalement ne servît de prétexte à un avortement criminel, demandait que l'accoucheur qui croirait nécessaire de provoquer l'accouchement, fût obligé d'en faire la déclaration dans un délai déterminé, sous peine d'être accusé d'avortement clandestin, et par conséquent criminel.

Cette proposition, peu compatible avec la notion du secret médical tel qu'on le comprend aujourd'hui, serait tout à fait inutile si, comme pour les déclarations de naissance, l'on devait tenir compte de toutes les susceptibilités.

(1) Dubois, Gaz. méd. de Paris, mars 1833.

D'après MM. Briand et Chaudé (1), « à moins de faute lourde, de négligence extrême, les médecins et chirurgiens légalement reçus sont affranchis de toute responsabilité pour les faits de leur pratique, et il en est de même des officiers de santé et des sages-femmes, tant que ces faits n'excèdent pas leur compétence.... L'accouchement prématuré artificiel, pratiqué à une époque de la grossesse où le fœtus est réputé viable (c'est-à-dire vers la trentième semaine, un peu plus tôt ou un peu plus tard, selon le degré de rétrécissement du bassin), ayant pour but de sauver la vie de la mère et celle du fœtus, ne saurait évidemment constituer ni un crime ni un délit. Quel que soit le résultat, l'homme de l'art est à l'abri de tout reproche, si la nécessité de l'opération a été bien constatée, et s'il a eu soin de prendre conseil des maîtres de l'art. »

La justice, quand elle recherche un crime, quand elle frappe un homme dans son honneur et dans sa liberté, doit établir divers éléments dans l'acte incriminé : 1<sup>o</sup> le fait accompli ; 2<sup>o</sup> l'intention de nuire. Par exemple, pour qu'un homicide soit qualifié meurtre, c'est-à-dire un acte criminel, il faut qu'il ait été commis volontairement (article 395 code pénal), et l'intention de nuire doit être affirmée par la déclaration du jury. (Cassation, 5 septembre 1844 ; 14 mars 1881.)

Si l'intention de nuire est plus affirmée, s'il y a eu préméditation ou guet-apens, le meurtre sera qualifié assassinat (article 396, code pénal), et les circonstances aggravantes du fait principal devront être l'objet de questions spéciales. (Cassation, 4 janvier 1839.)

Si, au contraire, l'intention de nuire est nulle, s'il y a eu simplement maladresse, imprudence, inattention ou inobservation des règlements, l'homicide ne sera plus qu'un délit, justiciable des peines correctionnelles (article 310, code pénal),

(1) Briand et Chaudé. Manuel complet de médecine légale, 1880.

et la constatation des faits d'imprudence, maladresse, inattention et négligence rentre dans le pouvoir souverain des juges du fond. (Cassation, 20 avril 1855, 31 mars 1865.)

Dans l'espèce qui nous occupe, l'intention de nuire est nulle évidemment, puisque c'est dans un but éminemment humanitaire et conservateur que l'accouchement prématuré est provoqué par le médecin. Celui-ci, en cas d'insuccès, ne pourra donc jamais tomber sous le coup de l'article 295, et sera tout au plus justiciable de l'article 319, au cas où sa maladresse et sa négligence viendraient à être démontrées, au même titre que dans toute autre opération chirurgicale.

Le médecin soumis à une accusation d'avortement, et qui voudra justifier son intervention chez une femme enceinte avant le terme de la grossesse, devra légitimer l'opération en établissant devant les juges l'opportunité de celle-ci et les indications qui l'ont déterminé à la pratiquer. Au ministère public, aidé par les lumières d'experts, appartiendra la tâche de démontrer l'avortement ; au médecin accusé reviendra celle de prouver la pureté de ses intentions. La constatation d'un bassin vicié, d'hémorrhagies ou de vomissements, ayant mis obstacle au cours régulier de la grossesse et nécessité une intervention obstétricale, suffira pour anéantir aussitôt une accusation de crime.

Mais la preuve pourra être quelquefois difficile à réaliser ; si, par exemple, l'indication de l'accouchement prématuré provoqué a été tirée de modifications fonctionnelles ne laissant pas de trace après l'interruption de la grossesse, il pourra être impossible pour le praticien d'établir la preuve matérielle de sa non-culpabilité. Voilà pourquoi tous les auteurs, dès les origines de l'accouchement prématuré artificiel, ont insisté sur les avantages que procureront à l'accoucheur qui pratique cette manœuvre, l'intervention et l'appui moral d'un ou de plusieurs confrères. C'est là un principe que M. le professeur

L. Dumas s'est toujours attaché à mettre en lumière dans ses leçons cliniques, et qu'il a d'ailleurs réalisé pratiquement chaque fois qu'il a provoqué dans son service l'accouchement prématuré.

« L'accoucheur, dit Burckhardt (1), dans sa septième conclusion, afin d'être sûr d'en avoir bien saisi les indications, ne devra entreprendre la provocation d'un accouchement avant terme, dans un cas d'étroitesse du bassin, qu'avec l'assentiment d'un ou plusieurs de ses confrères. Cette sage précaution lui servira d'égide contre les atteintes de la critique. »

Fodéré (2) est du même avis et s'exprime ainsi : « Dans une chose d'une aussi grande conséquence que celle que nous traitons ici, le médecin sage et prudent ne prendra jamais de décision sans avoir appelé une consultation nombreuse composée des gens de l'art les plus éclairés ; c'est à ce tribunal seul qu'il doit en référer, la médecine ne pouvant pas toujours être régie par des règles générales. Celui au contraire qui voudra compter sur ses propres lumières s'exposera toujours à être répréhensible, sinon aux yeux de la loi, du moins à ceux de l'opinion. »

Moins platonique que Fodéré, Barnes (3) fait ressortir les avantages de l'intervention des confrères dans tous les cas d'accouchement prématuré provoqué, et demande que tous les accoucheurs en fassent une règle de conduite absolue. « Je rappelle, dit-il, la loi posée par Denman, de ne pas provoquer l'accouchement sans demander une consultation. Quand nous considérons les questions médicales, sociales ou morales qui sont engagées dans l'induction artificielle de l'accouchement, nous ne pouvons manquer de voir mille raisons qui nous

(1) Burckhardt. Loc. cit., p. 44.

(2) Fodéré. Loc. cit., t. IV, p. 392.

(3) Barnes. Leçons sur les opérations obstétricales, 1873, p. 364.

fassent désirer de chercher un avis qui puisse nous éviter une erreur, et de partager notre responsabilité avec un confrère. Je n'ai jamais fait cette opération sans l'avis et l'approbation d'un autre médecin. »

C'est par ce conseil que nous terminons.

---

## CONCLUSIONS

1° L'accouchement prématuré provoqué diffère de l'accouchement forcé par la nature des procédés mis en usage pour le réaliser, et de l'avortement provoqué par la viabilité du fœtus.

2° L'indication de cette manœuvre, introduite en France grâce aux efforts de l'Ecole de Strasbourg, existe surtout dans les cas de rétrécissement du bassin. Mais d'autres états pathologiques de la mère ou du fœtus, de la mère principalement, peuvent aussi lui donner naissance.

3° Les principaux procédés à l'aide desquels on peut réaliser l'accouchement prématuré provoqué, en dehors des moyens médicaux peu efficaces et des moyens sympathiques dangereux, sont les suivants : tamponnement vaginal, douches utérines, perforation des membranes, dilatation du col, décollement des membranes. Dans les cas qui ne présentent pas d'indications spéciales, le décollement des membranes par la sonde de Krause déterminera toujours une excitation suffisante de l'utérus pour mettre en jeu le travail, et sera la méthode d'élection. On pourra souvent combiner avec cette manœuvre quelqu'un des autres procédés, à titre de moyen adjuvant.

4° Les suites de couches, chez la mère, ne diffèrent pas de ce qu'elles sont à l'état normal. Les soins consécutifs

jouent, au point de vue de l'enfant, un rôle prépondérant. La couveuse de M. Tarnier est appelée à rendre, et a déjà rendu d'immenses services à l'hygiène obstétricale.

5° Considéré au point de vue médico-légal, l'accouchement prématuré provoqué n'est pas autre chose qu'un avortement, mais cette manœuvre ne sera jamais justiciable de la pénalité prescrite à l'article 317, si le médecin, agissant d'après des indications précises, a partagé sa responsabilité avec plusieurs confrères.

---

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 14 Juin 1887.

*Le Recteur de l'Académie,  
correspondant de l'Institut,*

CHANCEL.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 14 Juin 1887.

*Le Doyen,*

CASTAN.

## SERMENT

---

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

---





